

CONHECIMENTOS ESPECIALIZADOS

- 31)** O Código de Ética Médica apresenta uma série de princípios que são vedados aos médicos no que se refere à relação do profissional com pacientes e familiares. A respeito dessa relação, assinale a alternativa que **não** contém um princípio vedado ao médico.
- a) Opor-se à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal.
 - b) Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.
 - c) Respeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.
 - d) Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

Segundo o Código de Ética Médica e Legislação dos Conselhos de Medicina, é vedado ao médico:

Art. 31: Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Art. 34: Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Art. 35: Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

Art. 39: Opor-se à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal.

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica.** Resolução CFM nº1931, de 17 de setembro de 2009. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2010.

- 32)** É comum, nos dias atuais, a participação do médico no meio publicitário, sendo que o profissional deve respeitar o que é preconizado pelo Código de Ética Médica com relação à publicidade. A respeito da publicidade médica, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- () É vedado ao médico consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação de massa.
- () É permitido ao médico deixar de incluir, em anúncios profissionais de qualquer ordem, o seu número de inscrição no Conselho Regional de Medicina.
- () É permitido ao médico participar de anúncios de empresas comerciais qualquer que seja sua natureza, valendo-se de sua profissão.
- () É vedado ao médico permitir que sua participação na divulgação de assuntos médicos, em qualquer meio de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da sociedade.

a) F – V – F – V

b) V – F – V – F

c) F – V – F – F

d) V – F – F – V

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Segundo o Código de Ética Médica e Legislação dos Conselhos de Medicina, é vedado ao médico:

Art. 111: Permitir que sua participação na divulgação de assuntos médicos, em qualquer meio de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da sociedade.

Art. 114: Consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação de massa.

Art. 116: Participar de anúncios de empresas comerciais qualquer que seja sua natureza, valendo-se de sua profissão.

Art. 118: Deixar de incluir, em anúncios profissionais de qualquer ordem, o seu número de inscrição no Conselho Regional de Medicina.

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica.** Resolução CFM nº1931, de 17 de setembro de 2009. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2010.

33) O Código de Ética Médica estabelece princípios que são vedados aos médicos relacionados à auditoria e perícia médica. Com relação à auditoria e perícia médica, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- () É vedado ao médico autorizar, vetar, bem como modificar, quando na função de auditor ou de perito, procedimentos propedêuticos ou terapêuticos instituídos, salvo, no último caso, em situações de urgência, emergência ou iminente perigo de morte do paciente, comunicando, por escrito, o fato ao médico assistente.
- () É permitido ao médico intervir, quando em função de auditor, assistente técnico ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.
- () É permitido ao médico receber remuneração ou gratificação por valores vinculados à glosa ou ao sucesso da causa, quando na função de perito ou de auditor.
- () É vedado ao médico realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos no interior de prédios ou de dependências de delegacias de polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios.

- a) F – V – F – V
- b) V – V – F – V
- c) F – V – F – F
- d) V – F – F – V

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Segundo o Código de Ética Médica e Legislação dos Conselhos de Medicina, é vedado ao médico:

Art. 94: Intervir, quando em função de auditor, assistente técnico ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.

Art. 95: Realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos no interior de prédios ou de dependências de delegacias de polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios.

Art. 96: Receber remuneração ou gratificação por valores vinculados à glosa ou ao sucesso da causa, quando na função de perito ou de auditor.

Art. 97: Autorizar, vetar, bem como modificar, quando na função de auditor ou de perito, procedimentos propedêuticos ou terapêuticos instituídos, salvo, no último caso, em situações de urgência, emergência ou iminente perigo de morte do paciente, comunicando, por escrito, o fato ao médico assistente.

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica.** Resolução CFM nº1931, de 17 de setembro de 2009. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2010.

34) O choque séptico é uma condição grave que ocorre em decorrência da sepse e traz risco de vida. Ocorre quando um agente infeccioso, como bactérias, vírus ou fungo, entra na corrente sanguínea de uma pessoa. Essa infecção afeta todo o sistema imunológico, desencadeando uma reação em cadeia que pode provocar uma inflamação descontrolada no organismo. Esta resposta de todo o organismo à infecção produz mudanças de temperatura, da pressão arterial, frequência cardíaca, contagem de células brancas do sangue e respiração. Para fechar um diagnóstico de choque séptico em um paciente é preciso que ele esteja na seguinte situação:

- a) A frequência cardíaca é > 90bpm.
- b) A temperatura corporal está > 38 graus.
- c) Não há necessidade do uso de agentes inotrópicos.
- d) Não há resposta à infusão de líquido para reanimação.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Para dizer que um paciente séptico evolui para choque séptico quando ele mantém hipotensão arterial apesar de uma adequada ressuscitação volêmica ou pode ser também quando há necessidade de vasopressores para manter a PAM > 65mmHg.

Fonte: CONNOLLY, E Sander JR et al. **Guidelines for the Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: a Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/ American Stroke Association.** Stroke. Published online May 3, 2012 (doi:10.1161/STR.0b013e3182587839). Also available online <<http://stroke.ahajournals.org/content/early/2012/05/03/STR.0b013e3182587839.full.pdf+html>>.

35) O choque é uma síndrome caracterizada por insuficiência circulatória aguda com má distribuição generalizada do fluxo sanguíneo, que implica falência de oferta e/ou utilização do oxigênio nos tecidos. Nem todos os danos teciduais advêm da hipóxia, mas podem decorrer da baixa oferta de nutrientes, reduzida depuração de substâncias tóxicas, maior afluxo de substâncias nocivas aos tecidos, ativação de mecanismos agressores e redução de defesas do hospedeiro. Sabe-se que existem vários tipos de choque. Marque a opção que contém o choque que causa um intenso decréscimo na resistência vascular periférica.

- a) **Distributivo.**
- b) Cardiogênico.
- c) Hipovolêmico.
- d) Obstrutivo extracardíaco.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

O choque distributivo caracteriza-se por queda do tônus vasomotor, com expansão do leito vascular (vasodilatação) e hipovolemia relativa (retenção da volemia em vasos periféricos). Associado a choque anafilático, choque neurogênico, insuficiência suprarrenal (Addison) e choque séptico. O débito cardíaco normal ou aumentado e saturação venosa mista de O₂ (SvO₂) normal não se traduzem em perfusão tecidual adequada.

Fonte: CONNOLLY, E Sander JR et al. **Guidelines for the Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: a Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/ American Stroke Association.** Stroke. Published online May 3, 2012 (doi:10.1161/STR.0b013e3182587839). Also available online <<http://stroke.ahajournals.org/content/early/2012/05/03/STR.0b013e3182587839.full.pdf+html>>.

36) Designa-se por morte cerebral ou morte encefálica a perda definitiva e irreversível das funções cerebrais. O termo morte encefálica aplica-se à condição final, irreversível, definitiva de cessação das atividades do tronco cerebral. A respeito da morte encefálica sabe-se que existem requisitos indispensáveis para a abertura do protocolo a fim de que se possa visar à doação de órgãos. Fazem parte desses requisitos, **exceto**:

- a) A pressão arterial deve estar dentro dos parâmetros normais.
- b) **Ausência de hipernatremia, independentemente da sua etiologia.**
- c) Ausência de efeitos de drogas neurodepressoras e bloqueadores neuromusculares.
- d) Ausência de alterações metabólicas, como hipoglicemia, acidose metabólica importante.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

Existem algumas condições que devem estar presentes e outras que devem ser afastadas, para que possamos abrir um protocolo de ME (Morte Encefálica) visando à doação de órgãos: a causa da ME deve ser determinada, seja por exame neurológico ou por métodos de neuroimagem (RNM), deve-se excluir desordens que possam prejudicar a interpretação do exame clínico, como distúrbios hidroeletrólíticos e ácidos básicos, não deve haver suspeita de intoxicação por drogas, uso de bloqueadores neuromusculares, emprego de drogas neurodepressoras ou envenenamento, a temperatura corpórea deve se encontrar > 36 graus, e a pressão arterial deve estar dentro dos parâmetros da normalidade. Muitos pacientes em morte encefálica desenvolvem *diabetes insipidus*, uma condição que pode ocasionar hipernatremia, neste caso, a alteração nos níveis de sódio não deve evitar a abertura do protocolo.

Fonte: **Guidelines for the management of severe traumatic brain injury.** 3rd Edition-Brain Trauma Foundation; and American Association of Neurological Surgeons (AANS) Congress of Neurological Surgeons (CNS) AANS/CNS Joint Section on Neurotrauma and Critical Care-2007; 24 Suppl 1:S1-106.

37) “Paciente, 59 anos, com febre, tosse com expectoração amarelada e falta de ar há um dia. Ao exame: PA: 60 x40 mmHg, FC: 03bpm, FR: 31ipm, T 38,6C, ausculta pulmonar com crepitações grossas em 1/3 inferior esquerdo e roncos difusos. Foi realizada a reposição volêmica no início de 30ml/kg, sem aumento da PA. Foi passado um cateter venoso central e a medida da PVC foi de 11cmH₂O.” Marque a alternativa que apresenta a próxima conduta adequada.

- a) Iniciar dopamina.
- b) Iniciar dobutamina.
- c) **Iniciar noradrenalina.**
- d) Reposição volêmica com cristalóide.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

Esse paciente está em choque séptico, o qual é definido pela presença de infecção levando à hipotensão refratária, à expansão volêmica adequada ou necessidade de aminas vasoativas para manter uma PAM > ou igual a 65mmHg. Como a PVC encontra-se no alvo (8-12mmHg), mas o paciente permanece hipotenso, não adianta insistir na administração de volume, neste contexto, deve-se iniciar a infusão de aminas vasoativas, sendo que a noradrenalina consiste na opção de escolha, de acordo com o *Surviving in Sepsis Campaign*.

Fonte: CONNOLLY, E Sander JR et al. **Guidelines for the Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: a Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/ American Stroke Association.** Stroke. Published online May 3, 2012 (doi:10.1161/STR.0b013e3182587839). Also available online <<http://stroke.ahajournals.org/content/early/2012/05/03/STR.0b013e3182587839.full.pdf+html>>.

38) A insuficiência respiratória é uma condição clínica na qual os pulmões não conseguem desempenhar adequadamente sua principal função, a troca gasosa; ou seja, a captação de oxigênio e liberação de CO₂ está prejudicada. Desta forma, o sistema respiratório torna-se incapaz de manter os valores da pressão parcial de O₂ no sangue arterial (PaO₂) e da pressão parcial de CO₂ no sangue arterial (PaCO₂) dentro dos limites adequados para o metabolismo tecidual. Das assertivas abaixo, qual constitui causa de insuficiência respiratória aguda do tipo hipercápnica (tipo II)?

- a) Atelectasias.
- b) Tromboembolismo pulmonar.
- c) Síndrome do desconforto respiratório agudo.
- d) **Hipoventilação secundária ao uso de medicações depressoras do sistema nervoso central.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

A insuficiência respiratória pode ser dividida em dois grandes tipos:

Tipo I: hipoxêmica, isto é, com PaO₂ < 60mmHg.

Exemplos: neoplasias, infecções pulmonares, embolia pulmonar (letra B incorreta), atelectasias (letra A incorreta), insuficiência cardíaca, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, síndrome do desconforto respiratório agudo (letra C incorreta).

Tipo II: hipercápnica, com PaCO₂ >50mmHg.

Exemplos: hipoventilação central, neoplasias do sistema nervoso central, apneia do sono, causas metabólicas (hipo/hipernatremia, por exemplo), medicações depressoras do sistema nervoso central. No tipo II, o que acontece é uma hipoventilação alveolar impede a remoção do CO₂, determinando, portanto, hipercapnia.

Fonte: CONNOLLY, E Sander JR et al. **Guidelines for the Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: a Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/ American Stroke Association.** Stroke. Published online May 3, 2012 (doi:10.1161/STR.0b013e3182587839). Also available online <<http://stroke.ahajournals.org/content/early/2012/05/03/STR.0b013e3182587839.full.pdf+html>>.

39) O lactato sérico é um produto final da glicólise anaeróbica que ocorre em tecidos hipóxicos, sendo de muita importância para a análise de diversas patologias. Em relação ao lactato no choque, assinale a afirmativa correta.

- a) Sua queda não reflete a melhora clínica.
- b) **É biomarcador prognóstico de gravidade/mortalidade.**
- c) É um bom indicador de perfusão regional quando colhido de veia central.
- d) Deve ser colhido de veia periférica para ter valor clínico na monitorização.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

A respeito da dosagem do lactato em um contexto de sepse, deve-se saber que o lactato pode estar elevado devido ao aumento na sua produção (metabolismo anaeróbico), diminuição na captação (insuficiência renal ou hepática), ou através de um fenômeno de lavagem com a reposição volêmica. Ele não é um bom indicador de perfusão regional, podendo ocorrer grave hipoperfusão esplâncnica mesmo com valores normais de lactato. É um bom indicador de gravidade e mortalidade em pacientes graves, assim como a sua queda indica um bom prognóstico. Apenas valores arteriais ou venosos centrais devem ser usados de monitorização. Ou seja, não se deve colher lactato de acesso venoso periférico.

Fonte: SCHETTINO, Guilherme et al. **Paciente crítico: diagnóstico e tratamento.** 2. ed. Barueri:Manole, 2012. 1070p.

40) A PVC (Pressão Venosa Central) é uma medida hemodinâmica frequente na UTI. É determinada pela interação entre o volume intravascular, função do ventrículo direito, tônus vasomotor e pressão intratorácica. Em relação a sua monitorização é correto afirmar que

- a) a medida não sofre influência da frequência cardíaca.
- b) uma PVC elevada implica na presença de hipervolemia.
- c) a medida é mais precisa se o cateter estiver localizado no átrio direito.
- d) **na falência aguda da câmara esquerda, a PVC pode ser normal ou baixa.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

PVC estima a pressão no átrio direito, que equivale à pressão diastólica final de ventrículo direito. Em corações saudáveis, o desempenho do coração direito reflete indiretamente o desempenho do coração esquerdo. Considerando o risco de perfuração se o cateter for colocado no átrio direito, é preferível o acesso em qualquer uma das grandes veias sistêmicas torácicas, que possuem pressão semelhante à obtida no átrio. A PVC fornece informações a respeito de três parâmetros: volume sanguíneo, eficácia do coração como bomba e tônus vascular. Valores muito baixos de PVC: hipovolemia, valores muito altos: podem apresentar inúmeras complicações, incluindo tamponamento cardíaco, e embolia pulmonar aguda e pneumotórax hipertensivo. Na falência aguda do coração esquerdo, a PVC pode não refletir a verdadeira pré-carga ou a relação desta com o débito cardíaco, podendo a PVC ser normal ou baixa em um primeiro momento.

Fonte: CONNOLLY, E Sander JR et al. **Guidelines for the Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: a Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/ American Stroke Association.** Stroke. Published online May 3, 2012 (doi:10.1161/STR.0b013e3182587839). Also available online <<http://stroke.ahajournals.org/content/early/2012/05/03/STR.0b013e3182587839.full.pdf+html>>.

41) A pressão da artéria pulmonar é uma das variáveis mais importantes em hemodinâmica, principalmente pela medida da Pressão da Artéria Pulmonar Ocluída (PAPO). A monitorização hemodinâmica invasiva com o uso do Cateter de Artéria Pulmonar (CAP) ainda é também um dos procedimentos fundamentais em UTI. Muito utilizado em centros de terapia intensiva, o CAP fornece medidas que incluem, **exceto:**

- a) Débito cardíaco.
- b) Pressão venosa central.
- c) Saturação venosa mista de oxigênio.
- d) **Pressão atrial e ventricular esquerda.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

O Cateter de *Swan-Ganz* (ou cateter da artéria pulmonar) permite a obtenção de amostras de sangue e a mensuração de pressões provenientes do átrio direito, ventrículo direito e da artéria pulmonar, podendo também estimar a pressão atrial esquerda através da medição da pressão capilar pulmonar, que é feito após a insuflação de um balão que oclui o ramo da artéria pulmonar. Logo, o cateter de *Swan-Ganz* não permite a mensuração das pressões de enchimento do ventrículo esquerdo.

Fonte: CONNOLLY, E Sander JR et al. **Guidelines for the Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: a Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/ American Stroke Association.** Stroke. Published online May 3, 2012 (doi:10.1161/STR.0b013e3182587839). Also available online <<http://stroke.ahajournals.org/content/early/2012/05/03/STR.0b013e3182587839.full.pdf+html>>.

42) O uso da Ventilação Não Invasiva com pressão positiva (VNI) para o tratamento de pacientes com insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada foi, certamente, um dos maiores avanços da ventilação mecânica nas últimas duas décadas. Apesar do seu uso ser relativamente recente, o grande número de séries de casos, ensaios clínicos randomizados, meta-análises ou revisões sistemáticas, assim como conferências de consenso e diretrizes publicadas até o presente momento, tornou a aplicação dessa técnica mais “baseada em evidências” do que provavelmente qualquer outra medida de suporte ventilatório. Assinale a alternativa que indica uma situação em que não está indicado o uso de ventilação não invasiva com pressão positiva.

- a) Edema agudo de pulmão.
- b) Insuficiência respiratória hipoxêmica.
- c) DPOC descompensado e $\text{PaCO}_2 > 46\text{mmHg}$.
- d) **Intoxicação barbitúrica grave e $\text{PaCO}_2 > 45\text{mmHg}$.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Sabe-se que a DPOC descompensada, o edema agudo de pulmão e a insuficiência respiratória aguda hipoxêmica são todas indicações de Ventilação Não Invasiva (VNI). No entanto, uma contraindicação clássica a VNI seria a presença do rebaixamento do nível de consciência, o que deve ser esperado em um paciente com intoxicação barbitúrica grave. Neste contexto, um paciente com acidose respiratória ($Paco_2 > 45\text{mmHg}$) deverá ser submetido à intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva.

Fonte: IRWIN, Richard S.; RIPPE, James M. **Irwin e Rippe Intensive Care Medicine**. 7. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2011. 2272 p.

43) Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SRIS ou SIRS), é o termo que se utiliza para descrever uma reação inflamatória sistêmica, ou seja, que afeta o organismo como um todo, e se desenvolve frente a diferentes tipos de agentes agressores. Indique a alternativa que **não** faz parte da definição de SRIS:

- a) $PaCO_2 < 60\text{mmHg}$.
- b) Frequência cardíaca $> 90\text{bpm}$.
- c) Frequência respiratória $> 20\text{ipm}$.
- d) Temperatura retal $> 38^\circ\text{C}$ ou $< 36^\circ\text{C}$.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

A definição de SIRS se baseia em dois dos quatro itens: a Temperatura corporal $> 38^\circ\text{C}$ ou $< 36^\circ\text{C}$; frequência respiratória $> 20\text{ ipm}$ ou uma $PaCO_2 < 32\text{mmHg}$; frequência cardíaca $> 90\text{bpm}$; leucócitos > 12000 ou < 4000 células/ mm^3 (ou $> 10\%$ de bastões).

Fonte: IRWIN, Richard S.; RIPPE, James M. **Irwin e Rippe Intensive Care Medicine**. 7. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2011. 2272 p.

44) O choque anafilático, também conhecido como anafilaxia, é uma reação alérgica grave que surge poucos segundos ou minutos após estar em contato com um alérgeno, provocando sintomas como dificuldade para respirar, inchaço da boca ou sibilos ao respirar, podendo levar o paciente ao óbito. Em relação ao choque anafilático, indique a alternativa correta em relação à conduta imediata.

- a) Dopamina endovenosa.
- b) Corticoide endovenoso.
- c) **Adrenalina intramuscular.**
- d) Anti-histamínico endovenoso.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

Diante de um paciente com choque anafilático, deve-se administrar, o mais rápido possível, uma injeção intramuscular de adrenalina (epinefrina), preferencialmente na porção anterolateral da coxa, na dose de 0,3 a 0,5mg, podendo ser repetida de 5 a 15 minutos caso seja necessária. Vale lembrar que não existem contraindicações absolutas à administração de adrenalina no contexto de anafilaxia. Seu mecanismo de ação está relacionado aos efeitos adrenérgicos dos diferentes receptores: efeito do agonismo alfa-1 (vasoconstrição periférica, aumento da resistência vascular periférica e redução do edema de mucosa); efeitos do agonismo beta-1 (aumento do inotropismo e do cronotropismo); efeitos do agonismo beta-2 (broncodilatação e redução da liberação de mediadores inflamatórios dos mastócitos e basófilos).

Fonte: CONNOLLY, E Sander JR et al. **Guidelines for the Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: a Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/ American Stroke Association**. Stroke. Published online May 3, 2012 (doi:10.1161/STR.0b013e3182587839). Also available online <<http://stroke.ahajournals.org/content/early/2012/05/03/STR.0b013e3182587839.full.pdf+html>>.

45) A escala de coma de *Glasgow* é uma escala neurológica que permite medir/avaliar o nível de consciência de uma pessoa que tenha sofrido um TCE (Traumatismo Crânio Encefálico). Avalia três parâmetros (abertura ocular, resposta motora e resposta verbal) e atribui pontuações a cada uma dessas respostas. Assinale entre as alternativas abaixo a que representa a menor pontuação na escala de coma de *Glasgow*.

- a) Resposta motora em decorticação.
- b) **Resposta motora em descerebração.**
- c) Abertura ocular à estimulação verbal.
- d) Retirada inespecífica como melhor resposta motora.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

O achado de pior prognóstico em qualquer paciente neurológico, não somente em vítimas de TCE é a perda da função do tronco encefálico, sem tronco encefálico não há vida. Conclui-se, portanto, que a descerebração (comprometimento do tronco encefálico) é a variável, dentre as apresentadas que pontua menos na Escala de Coma de Glasgow, pior do que esta, somente a ausência de resposta ao estímulo. Resposta a descerebração pontua 2. Resposta motora em decorticação, palavras desconexas e abertura ocular ao estímulo verbal pontua 3. Retirada inespecífica ao estímulo álgico pontua 4.

Fonte: Guidelines for the management of severe traumatic brain injury. 3rd Edition-Brain Trauma Foundation; and American Association of Neurological Surgeons (AANS) Congress of Neurological Surgeons (CNS) AANS/CNS Joint Section on Neurotrauma and Critical Care-2007; 24 Suppl 1:S1-106.

46) A manutenção das Vias Aéreas (VA) pérvias e protegidas é fundamental para manter uma oxigenação e ventilação adequadas. Deve-se levar em conta que a VA também deve ser protegida com intuito de evitar broncoaspirações que poderão ocasionar infecção respiratória. Um outro fator importante a ser considerado é a "queda de língua" ou relaxamento da mandíbula que determina uma limitação ao processo ventilatório levando a piora da oxigenação e retenção de CO₂. As vias aéreas artificiais são mecanismos utilizados para interligar a via aérea do paciente com os ventiladores mecânicos e podem ser: tubos endotraqueais e cânulas de traqueostomias. Entre as vias aéreas artificiais assinale a alternativa que representa uma indicação consensual de traqueostomia de urgência.

- a) Edema de glote.
- b) Fratura de laringe.**
- c) Lesão e coluna cervical.
- d) Hemorragia orofaríngea.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

A indicação de traqueostomia (via aérea cirúrgica) como acesso de urgência no paciente politraumatizado é bem restrita, sendo utilizada nas situações em que a cricotiroidostomia cirúrgica é impossível ou arriscada, como nas fraturas de laringe e nos menores de 12 anos, já que o grupo pediátrico apresenta grande risco de estenose pós-cricotiroidostomia.

Fonte: CONNOLLY, E Sander JR et al. **Guidelines for the Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: a Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/ American Stroke Association.** Stroke. Published online May 3, 2012 (doi:10.1161/STR.0b013e3182587839). Also available online <<http://stroke.ahajournals.org/content/early/2012/05/03/STR.0b013e3182587839.full.pdf+html>>.

47) A ventilação mecânica corresponde à instituição de pressão positiva nas vias aéreas permitindo, de forma artificial, que o indivíduo mantenha os ciclos ventilatórios. É um método de substituição de função vital, sendo útil como um auxílio ao tratamento de algumas doenças. A respeito das alterações fisiológicas associadas à ventilação com pressão positiva, analise as alternativas a seguir.

- I. Aumento de pressão intracraniana.
- II. Aumento do fluxo urinário e taxa de filtração glomerular.
- III. Redução do débito cardíaco.
- IV. Diminuição do fluxo sanguíneo na veia porta.

Estão corretas apenas as alternativas

- a) I e II.
- b) II e IV.
- c) I, III e IV.**
- d) II, III e IV.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

A ventilação mecânica sob pressão positiva aumenta a pressão intratorácica média e, desta forma, reduz o retorno venoso e a pré-carga ventricular direita, principalmente com a utilização da PEEP. O fluxo sanguíneo pela veia porta também pode se reduzir, devido à diminuição do retorno venoso. O aumento da PIC também ocorre na VM: sabe-se que a ventilação com pressão positiva na presença de Pressão Intracraniana (PIC) elevada pode prejudicar o fluxo sanguíneo cerebral, principalmente quando se utilizam altos níveis de PEEP, devido à diminuição do retorno venoso do território cerebral e o conseqüente aumento da PIC. Há redução do retorno venoso, o débito cardíaco diminui o que acarreta hipoperfusão renal.

Fonte: CONNOLLY, E Sander JR et al. **Guidelines for the Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: a Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/ American Stroke Association.** Stroke. Published online May 3, 2012 (doi:10.1161/STR.0b013e3182587839). Also available online <<http://stroke.ahajournals.org/content/early/2012/05/03/STR.0b013e3182587839.full.pdf+html>>.

48) Alterações de consciência e coma são comuns em toda Unidade de Terapia Intensiva, e todo médico intensivista deve estar preparado para abordá-las da melhor maneira. Assinale a assertiva correta em relação a essas alterações.

- a) Pacientes internados são de menor risco para desenvolver *delirium*.
- b) O Midazolam é droga de escolha em casos de agitação secundária ao *delirium*.
- c) Pacientes com SaO₂ até 85% devem ser tratados com ventilação sob máscara.
- d) A administração da Tiamina endovenosa é recomendada em coma sem causa evidente.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

A encefalopatia de *Wernicke* é pouco diagnosticada clinicamente, sendo que o coma pode mascarar as outras manifestações clínicas da doença ou constituir sua única manifestação. Dessa forma, é preconizado o uso de tiamina 100mg IV em todo indivíduo comatoso sem causa aparente. Os indivíduos comatosos são quase sempre intubados para a proteção de vias aéreas. O *delirium* é uma das principais causas de alterações agudas do estado mental em pacientes internados e, geralmente, ocorre em pacientes idosos internados, em particular os mais graves (são precipitados por hipóxia, infecções, distúrbio metabólico). As drogas mais utilizadas para agitação são os antipsicóticos haloperidol e risperidona, e os benzodiazepínicos devem ser evitados.

Fonte: MORITZ; R. D. et al. **Terminalidade e cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva.** Rev Bras Ter Intensiva, 2008, v.20, n.4. p. 422.

49) O choque hipovolêmico é caracterizado pela perda de grandes quantidades de sangue e líquidos, o que pode levar à morte em poucos minutos. Uma das causas do choque hipovolêmico é a hemorragia, mas outras situações, aparentemente menos graves, também podem gerar este tipo de choque. Sobre o choque hipovolêmico, marque a assertiva **incorreta**.

- a) Em pacientes com choque grave, a reposição do volume intravascular deve ser feita com soluções de coloide.**
- b) Pacientes com trauma abdominal penetrante que apresentem choque normalmente precisam de intervenção cirúrgica.
- c) O lactato sérico inicial e seu nível seriado são prognosticadores confiáveis de morbimortalidade no choque hemorrágico.
- d) Pacientes tratados com soluções hipertônicas apresentam menos comprometimento da função imunológica comparados com os pacientes tratados com cristaloides.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

Estudo recente comparando a melhor solução para ressuscitação volêmica evidenciou que o uso de coloide aumentou em 4% o risco de óbito. Intensivistas e cirurgiões utilizam com frequência dados obtidos da gasometria (como o BE) e níveis séricos consecutivos de lactato para avaliar a resposta à terapia do choque hemorrágico. A solução salina hipertônica é empregada por alguns serviços para a reposição volêmica no choque hemorrágico. Um benefício adicional de seu uso consiste na modulação da resposta inflamatória de neutrófilos, fenômeno que traz benefícios para o hospedeiro. Não só os pacientes com trauma penetrante e choque que necessitam de cirurgia; vítimas de trauma por PAF e por arma branca que violou a cavidade peritoneal também são candidatos.

Fonte: CONNOLLY, E Sander JR et al. **Guidelines for the Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: a Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/ American Stroke Association.** Stroke. Published online May 3, 2012 (doi:10.1161/STR.0b013e3182587839). Also available online <<http://stroke.ahajournals.org/content/early/2012/05/03/STR.0b013e3182587839.full.pdf+html>>.

50) O hemotórax se apresenta como presença de sangue na cavidade pleural. Este pode ser proveniente de lesões do parênquima pulmonar, parede torácica, grandes vasos como cava, aorta e seus ramos, lesões cardíacas ou de órgãos abdominais. Mais comumente, o hemotórax está associado ao trauma torácico, que pode ser de origem contusa (impactos, fraturas), penetrante (arma de fogo, arma branca, iatrogenia por punções de acesso central) ou ambos simultaneamente. Segundo o ATLS, a toracotomia é indicada baseada principalmente no estado fisiológico do paciente, porém algumas condições nos levam a considerar tal procedimento, **exceto**:

- a) Drenagem imediata de 1.500ml.
- b) Necessidade persistente de transfusões sanguíneas.
- c) Tríade de BECK (turgência jugular, hipofonese de bulhas e hipotensão arterial).**
- d) Drenagem contínua de > 200ml/h durante mais de duas a quatro horas após a drenagem inicial.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

Segundo o ATLS, as indicações de toracotomia no hemotórax são exatamente as descritas nas alternativas A, B e D, (necessidade persistente de transfusões sanguíneas, drenagem contínua de > 200ml/h durante mais de duas a quatro horas após a drenagem inicial, drenagem imediata de 1.500ml). A tríade de BECK faz parte da clínica de um paciente com hemotórax, mas não compõe uma indicação de toracotomia.

Fonte: SCHETTINO, Guilherme et al. **Paciente crítico: diagnóstico e tratamento**. 2. ed. Barueri: Manole, 2012. 1070p.

51) A cirurgia de controle de danos é um conceito amplamente aceito atualmente entre os especialistas em trauma abdominal quando se trata de doentes gravemente traumatizados. Nestes pacientes a morte decorre, na maioria das vezes, da instalação da tríade letal (hipotermia, coagulopatia e acidose) e não da incapacidade de reparar as graves lesões presentes. No pós-traumatismo, em relação à cirurgia de controle de danos, assinale a afirmativa correta.

- a) Só deve ser considerada em casos de trauma esplênico.
- b) Deve ser feita somente nos casos de síndrome de compartimento abdominal.
- c) Deve ser feita apenas depois de acabados os meios de tratamento cirúrgico do trauma.
- d) **O paciente necessita de monitorização para hemorragia persistente em face de coagulopatia corrigida, o que indica um breve retorno à sala de operações.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Se após a correção da coagulopatia um paciente continua a sangrar, torna-se necessário o seu retorno para o centro cirúrgico o mais breve possível, uma vez que a coagulopatia não está contribuindo, neste caso a própria lesão orgânica é a responsável.

Fonte: IRWIN, Richard S.; RIPPE, James M. **Irwin e Rippe Intensive Care Medicine**. 7. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2011. 2272 p.

52) “Art. 3º A morte encefálica deverá ser consequência de processo irreversível e de causa conhecida. Art. 2º Os dados clínicos e complementares observados quando da caracterização da morte encefálica deverão ser registrados no termo de declaração de morte encefálica anexo a esta Resolução. Parágrafo único: As instituições hospitalares poderão fazer acréscimos ao presente termo, que deverão ser aprovados pelos Conselhos Regionais de Medicina da sua jurisdição, sendo vedada a supressão de qualquer de seus itens.”

(Resolução nº 1.480/1997.)

Em relação à doação e captação de órgãos em transplantes, o primeiro passo é o diagnóstico de morte encefálica. Sobre a legislação vigente, assinale a assertiva correta.

- a) Hipotermia e sedação não influenciam no diagnóstico clínico de morte encefálica.
- b) A notificação de potencial doador deve ser realizada apenas por médico neurologista.
- c) A notificação da morte encefálica é opcional e restrita a doadores que manifestaram em vida o desejo da doação.
- d) **Para a confirmação do diagnóstico clínico de morte encefálica, sempre é realizado exame complementar subsidiário (arteriografia ou outro).**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Constatada e documentada a morte encefálica, deverá o diretor clínico da instituição hospitalar, ou quem for delegado, comunicar tal fato aos responsáveis legais do paciente, se houver, e a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos a que estiver vinculada a unidade hospitalar onde o mesmo se encontrava internado. Portanto, a notificação é obrigatória, mas não precisa ser neurologista para fazê-la. Hipotermia e sedação devem ser excluídas antes de firmar o diagnóstico de morte encefálica.

Fontes:

- **Guidelines for the management of severe traumatic brain injury**. 3rd Edition-Brain Trauma Foundation; and American Association of Neurological Surgeons (AANS) Congress of Neurological Surgeons (CNS) AANS/CNS Joint Section on Neurotrauma and Critical Care-2007; 24 Suppl 1:S1-106.
- **Resolução CFM nº 1480/1997**. Dispõe sobre a retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Brasília, DF: CFM, 1997.

53) O choque neurogênico é caracterizado pela interrupção dos estímulos vasomotores simpáticos após traumatismo raquimedular cervical alto, migração cefálica inadvertida de raquianestesia ou grave traumatismo craniano. Nesse tipo de choque o paciente apresenta as seguintes alterações, **exceto**:

- a) Hipotensão.
- b) Dilatação venosa.
- c) **Pressão venosa elevada.**
- d) Frequência cardíaca normal.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

O choque neurogênico é considerado distributivo, ou seja, tem a vasodilatação exacerbada na sua fisiopatologia. Nesses doentes, geralmente vítimas de lesão na medula espinhal ou TCE, ocorre uma espécie de interrupção em seu fluxo simpático. Sem catecolaminas, ocorre intensa vasodilatação. A resposta taquicardizante à queda da pressão arterial não se encontra presente devido à ausência de neuro-hormônio adrenérgico, o que faz com que os doentes apresentem FC normal, a despeito da hipotensão. A vasodilatação em território venoso faz com que a pressão venosa central se reduza. Este paciente vasodilatador pode apresentar extremidades quentes e até pulsos cheios, se assemelhando muito aos casos de sepse grave e choque séptico. O tratamento do choque neurogênico tem como base o uso de amina vasopressora associado à ressuscitação volêmica.

Fonte: **Guidelines for the management of severe traumatic brain injury.** 3rd Edition-Brain Trauma Foundation; and American Association of Neurological Surgeons (AANS) Congress of Neurological Surgeons (CNS) AANS/CNS Joint Section on Neurotrauma and Critical Care-2007; 24 Suppl 1:S1-106.

54) *Staphylococcus aureus* é uma bactéria esférica, do grupo dos cocos gram-positivos, frequentemente encontrada na pele e nas fossas nasais de pessoas saudáveis. Entretanto pode provocar doenças, que vão desde uma simples infecção até infecções mais graves. Essa bactéria pode produzir patologias através de uma toxina ou pela invasão tecidual direta. Assinale a alternativa que contém uma doença desencadeada pela toxina estafilocócica.

- a) Pneumonia.
- b) Febre reumática.
- c) Meningoencefalite.
- d) **Síndrome do choque tóxico.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

A síndrome do choque tóxico estafilocócico é causada por uma enterotoxina estafilocócica, associada ao uso de tampões vaginais pelas mulheres. Nestes casos, a doença aparece dois ou três dias após o início da menstruação, com febre, hipotensão e eritema de intensidade variável. O acometimento das mucosas, com hiperemia conjuntival, por exemplo, é comum. A doença pode evoluir rapidamente e causar sinais e sintomas como vômitos, diarreia, confusão, mialgias e dor abdominal. O acometimento é multissistêmico, com alterações hepáticas, hematológicas, renais, gastrointestinais, musculares, de mucosas e do sistema nervoso central. A descamação da pele acontece uma a duas semanas depois do início da doença, já no período de convalescença. Para o diagnóstico, além dos achados descritos acima, é importante a exclusão de doenças com apresentação semelhante.

Fonte: CONNOLLY, E Sander JR et al. **Guidelines for the Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: a Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/ American Stroke Association.** Stroke. Published online May 3, 2012 (doi:10.1161/STR.0b013e3182587839). Also available online <<http://stroke.ahajournals.org/content/early/2012/05/03/STR.0b013e3182587839.full.pdf+html>>.

55) Os opiáceos são substâncias derivadas do ópio e, portanto, estão incluídos na classe dos opioides – grupo de fármacos que atuam nos receptores opioides neuronais. Eles produzem ações de insensibilidade à dor (analgesia) e são usados principalmente na terapia da dor crônica e da dor aguda de alta intensidade. Produzem em doses elevadas euforia, estados hipnóticos e dependência, e alguns (morfina e heroína) são usados como droga recreativa de abuso. O seu efeito analgésico depende da afinidade com o receptor. Assinale a alternativa que contém um medicamento com ação antagonista aos opioides.

- a) Morfina.
- b) Fentanila.
- c) **Naloxana.**
- d) Meperidina.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

No caso de intoxicação pelo grupo de opioides, o antagonista que pode ser utilizado é a naloxona.

Fonte: IRWIN, Richard S.; RIPPE, James M. **Irwin e Rippe Intensive Care Medicine**. 7. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2011. 2272 p.

56) Sedativo é o nome que se dá aos medicamentos capazes de diminuir a atividade cerebral. O termo sedativo é sinônimo de calmante ou sedante. Os sedativos, de acordo com sua especificidade, podem ter efeito analgésico, hipnótico, ansiolítico, entre outros. Assinale abaixo a afirmativa em que todas as drogas são consideradas desse grupo:

- a) Midazolam, fentanil e sulfentanila.
- b) Fenitoína, fenobarbital e diazepam.
- c) Carbamazepina, propofol e fentanila.
- d) Midazolam, tiopental e hidrato de cloral.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Dentre as opções, todas apresentam uma ou duas drogas que podem ser consideradas sedativas. No entanto, a opção que representa a combinação completa de drogas sedativas é a alternativa D (midazolam, tiopental e hidrato de cloral). A fenitoína e a carbamazepina são anticonvulsivantes que podem ter algum efeito colateral de sedação, mas não são usados com esse intuito, assim como o fentanil e o sulfentanil são medicações que podem sedar, mas habitualmente são usadas em conjunto com alguma droga sedativa a exemplo do propofol, midazolam ou o diazepam.

Fonte: MCCLAVE, Stephen A. et al. **Guidelines for the Provision and assessment of nutrition support therapy in the adult critically ill patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). JPEN J Parenter Enteral Nutr.** 2009 May-Jun; 33(3):277-316.

57) Nutrição Parenteral (NP) se refere à nutrição feita por uma via diferente da gastro-intestinal. A nutrição parenteral pode servir para complementar (parcial) ou para substituir completamente (total) a alimentação normal, pela via enteral. Consiste basicamente de uma solução ou emulsão preparada para estar em equilíbrio com as demandas do organismo de nutrientes como carboidratos, aminoácidos, lipídeos, vitaminas e minerais. A Nutrição Enteral ou NE é, segundo o Ministério da Saúde do Brasil, designada a todo e qualquer “alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral, industrializado ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas”. Comparando os dois tipos de nutrição, é correto afirmar que a

- a) alimentação enteral é muito mais cara.
- b) alimentação enteral piora a função hepática.
- c) alimentação parenteral é de mais fácil manuseio.
- d) integridade da mucosa intestinal é mantida com a alimentação enteral.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

A nutrição parenteral exige via única de infusão e grande cuidado com a manipulação de cateteres, diferente da nutrição enteral, não sendo, portanto de mais fácil manuseio. A via enteral é a via preferencial de nutrição desde que não haja contraindicação, uma vez que é mais barata, melhora a estrutura e função epitelial, imunidade da mucosa (inclusive com secreção hepática de IgA) e reduz o risco de translocação bacteriana, não havendo qualquer piora da função hepática.

Fonte: MCCLAVE, Stephen A. et al. **Guidelines for the Provision and assessment of nutrition support therapy in the adult critically ill patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). JPEN J Parenter Enteral Nutr.** 2009 May-Jun; 33(3):277-316.

58) A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma doença crônica, progressiva e parcialmente reversível que acomete os pulmões e tem como principais características a destruição de seus alvéolos e o comprometimento dos restantes. Ocorre com mais frequência em homens mais velhos e fumantes. O suporte nutricional em um paciente com DPOC sob ventilação mecânica invasiva deverá ser rico em:

- a) Proteínas e carboidratos.
- b) Proteínas e com menor concentração de gorduras.
- c) Gorduras e com menos concentração de carboidratos.
- d) Carboidratos e com menos concentração de proteínas.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

Pacientes com DPOC avançada podem sofrer mudanças na composição corporal devido à progressiva perda de peso. A desnutrição prejudica a contração da musculatura respiratória, que dificulta o desmame destes pacientes da ventilação mecânica. Alguns autores denominam esta condição de caquexia pulmonar, uma condição que está associada à queda na capacidade funcional além de ser um fator preditor independente de mortalidade em pacientes DPOC. O suporte nutricional em pacientes com DPOC sob ventilação mecânica deve visar uma dieta que não aumente as taxas de consumo de oxigênio e a formação de CO₂. Estudos demonstram que uma dieta com maior percentual de calorias proveniente de gorduras é superior a uma dieta de carboidratos para estes pacientes, pois a dieta rica em gorduras está associada a uma menor produção de CO₂.

Fonte: MCCLAVE, Stephen A. et al. **Guidelines for the Provision and assessment of nutrition support therapy in the adult critically ill patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.).** JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2009 May-Jun; 33(3):277-316.

59) A síndrome do pescoço vermelho é uma reação anafilactoide associada à administração de um antibiótico. É a reação adversa mais comum associada a esse procedimento. Incidência: varia de 3 a 40%. Manifestações: geralmente ocorre devido a uma infusão rápida da droga, geralmente menor que 60 minutos, mas pode ocorrer mesmo quando administrada lentamente, ou logo após a primeira administração ou após alguns dias. Manifesta-se por eritema, *flushing* e prurido de face, tronco e membros superiores ou generalizados. O paciente pode apresentar, na sua progressão, dispnéia, dor torácica e hipotensão. Dores e espasmos musculares no dorso e peito podem estar presentes. O antibiótico que causa a “síndrome do homem vermelho” é o(a)

- a) Penicilina.
- b) Gentamicina.
- c) Vancomicina.
- d) Ciprofloxacina.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

A vancomicina pode ser responsável por um número de diferentes tipos de reações de hipersensibilidade. Estas incluem: Síndrome do Homem Vermelho (SHV) ou do pescoço vermelho, uma anafilaxia aguda mediada pela IgE, síndrome da reação medicamentosa sistêmica com eosinofilia, dermatose bolhosa linear mediada pela IgA, síndrome de *Stevens-Johnson* e necrólise linear epidérmica. Cada uma delas tem uma apresentação própria e um prognóstico marcadamente diferente em curto prazo e longo prazo. A reação adversa mais comum à vancomicina é a SHV. Esta é na verdade uma falsa reação alérgica para a qual não foram ainda elucidados mecanismos imunológicos. Ocorre, na SHV, — em alguns casos, mas não em todos — uma maior liberação de histamina. Variantes genéticas no metabolismo da histamina ou seus receptores não parecem ser contribuintes substanciais para SHV. A síndrome representa uma reação idiopática à infusão, possivelmente relacionados com a ativação de mastócitos seguido pela liberação de mediadores vasoativos.

Fonte: CONNOLLY, E Sander JR et al. **Guidelines for the Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: a Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/ American Stroke Association.** Stroke. Published online May 3, 2012 (doi:10.1161/STR.0b013e3182587839). Also available online <<http://stroke.ahajournals.org/content/early/2012/05/03/STR.0b013e3182587839.full.pdf+html>>.

60) A reposição volêmica inicial em vítimas de trauma é feita com solução cristalóide no volume de um a dois litros no adulto e 20ml/kg em pacientes pediátricos. A avaliação dessa reposição é feita principalmente através do débito urinário, que nas crianças menores de um ano de idade deve ser de

- a) 0,5ml/kg/h.
- b) 1,0ml/kg/h.
- c) 2,0ml/kg/h.
- d) 3,0ml/kg/h.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

O atendimento inicial da criança vítima de politraumatismo exige imediato tratamento da falência respiratória, do choque e das lesões de tórax com risco de vida para assegurar efetividade de ventilação, oxigenação e perfusão até o tratamento definitivo. Na suspeita de choque, deve-se usar hidratação endovenosa em bolo com fluidos aquecidos, sempre que possível. O aquecimento dos fluidos intravenosos pode ser feito até a temperatura de 39°C, normalmente utilizando o aquecedor de líquidos ou o micro-ondas para o aquecimento dos cristaloides e o sangue através da passagem pelo aquecedor. Usamos 20ml/Kg da solução de lactato de *Ringer* (25% da volemia estimada da criança). O retorno à estabilidade hemodinâmica é representado por alguns parâmetros (1): frequência cardíaca < 130bpm; aumento da pressão arterial > 20mmHg; aquecimento das extremidades; melhora do sensório; diurese em menores de um ano de 2 ml/Kg/hora; aumento da pressão arterial sistólica > 80mmHg.

Fontes: CONNOLLY, E Sander JR et al. **Guidelines for the Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: a Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/ American Stroke Association.** Stroke. Published online May 3, 2012 (doi:10.1161/STR.0b013e3182587839). Also available online <<http://stroke.ahajournals.org/content/early/2012/05/03/STR.0b013e3182587839.full.pdf+html>>.