

Padrão Resposta às Questões Discursivas – Terapia Intensiva

Questão 1

a) Agente etiológico mais comum: Escherichia coli.

Opções de antibióticos: ciprofloxacino, levofloxacino, moxifloxacino, cefuroxime, amoxicilina/clavulanato, cefotaxime, ceftriaxone, gentamicina.

b) 1 (uma) hora.

c) Descrição da Terapia Precoce Guiada por Metas:

1. Obtenção de acesso venoso profundo e monitorização contínua da pressão arterial;
2. Reposição volêmica com solução cristalóide de 20 a 30 ml/kg;
3. Se mesmo assim PAM < 70 mmHg, iniciar noradrenalina infusão contínua;
4. Considerar dobutamina se perfusão ruim (oligúria, lactato alto, SvO₂ baixa) a despeito de volume, noradrenalina e PAM > 70 mmHg;
5. Considerar hemotransfusão se, mesmo com intervenções anteriores, mantiver perfusão ruim e hematócrito < 30%.

Metas no final das seis horas:

1. Pressão venosa central 8 a 12 mmHg;
2. Pressão arterial média > ou = 65 mmHg;
3. Débito urinário > 0,5 ml/kg/hora;
4. Saturação venosa central > 70% ou saturação venosa central mista > 65%.

d) Drenagem da via urinária por colocação de cateter duplo J ou nefrostomia.

Questão 2

- a)**
1. Insuficiência respiratória aguda;
 2. Pneumonia comunitária grave;
 3. Sepses grave.

- b)** Não. A ventilação não invasiva exige cooperação por parte do paciente, e essa paciente apresenta-se agitada e desorientada. Além disso, apresenta importante acidose respiratória ($\text{pH} < 7,25$), que indica fadiga da musculatura inspiratória, havendo, nesse caso, indicação de ventilação mecânica invasiva.
- c)** Sedação com benzodiazepínico (midazolam ou diazepam) ou propofol, e analgesia com fentanil. Uso opcional de bloqueador neuromuscular (succinilcolina, atracúrio).
- d)** Método ventilatório: ventilação com pressão controlada (PCV) ou ventilação com volume controlado (VCV).
- Parâmetros ventilatórios iniciais: volume corrente: 6 a 8 mL/kg, FiO_2 : 1,0 (100%); PEEP: 5 cmH_2O ; FR: 14 a 16 rpm (ou assistida); relação inspiração/expiração: 1:2 a 1:3.
- Parâmetro a ser modificado para o aumento da relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$: PEEP (pressão positiva expiratória final).

Questão 3

- a)**
1. EAS - pesquisa de cilindros, hemácias, células inflamatórias e cristais para diferenciação entre causas pré-renal, renal e pós-renal;
 2. Fração de excreção do sódio e ureia para diferenciação entre injúria renal pré-renal e renal;
 3. US de rins e vias urinárias para pesquisa de tamanho renal e doenças obstrutivas renais como causa de injúria renal pós-renal.
- b)**
1. Realizar hidratação venosa com soro fisiológico;
 2. Administrar bicarbonato iso-osmolar;
 3. Reduzir quantidade de contraste;
 4. Preferir os contrastes não iônicos;
 5. Suspender IECA;
 6. Suspender diuréticos;
 7. Suspender o uso de anti-inflamatórios.
- c)**
1. Hipervolemia;
 2. Acidose metabólica de difícil controle;
 3. Hipercalemia de difícil tratamento;
 4. Sinais de uremia.

- d)** 1. Insuficiência renal por embolo de colesterol;
2. Nefropatia por contraste;
3. Necrose tubular aguda por hipoperfusão.

Questão 4

- a)** Sepses grave de foco urinário (pielonefrite aguda) e cetoacidose diabética.
- b)** Exemplos de soluções:
1. 20 mL de noradrenalina + 80 mL de soro, a velocidade seria 3,6 mL/h;
 2. 40 mL de noradrenalina + 60 mL de soro, a velocidade seria 1,8 mL/h.
- c)** 1. Variação de pressão de pulso;
2. Doppler transesofágico;
3. Ecocardiograma transesofágico;
4. Métodos baseados na medida da área sob a curva de pressão arterial.
- d)** Hidratação venosa e insulino-terapia. Insulina venosa em bolus inicial de 0,1 UI/kg de peso, seguido de infusão venosa contínua de 0,1 UI/kg de peso/hora. Controle com glicemia capilar de hora em hora, cetonúria ou cetonemia. Início de infusão venosa de solução glicosada 5% quando a glicemia estiver abaixo de 250 mg/dL e o paciente ainda apresentar acidose metabólica significativa ($\text{pH} < 7,30$). Após a correção da acidose, passar para insulina regular subcutânea a cada quatro horas, conforme glicemia capilar.

Questão 5

- a)** Abordagem terapêutica: Glicemia – tratamento intensivo com insulina regular bolus e infusão contínua até atingir níveis glicêmicos entre 140-180.
PA: Manutenção dos níveis atuais sem necessidade de uso de anti-hipertensivos.
- b)** 1. Hemorragia intracraniana prévia;
2. AVC recente (três meses);
3. Tumor cerebral;
4. Hemorragia interna ativa;
5. Dissecção de aorta;
6. Cirurgia de grande porte ou trauma nas últimas duas semanas;
7. Coagulopatia;
8. Hipertensão arterial intratável com níveis acima de 185/110 mmHg.

- c)**
1. Drenagem liquórica;
 2. Elevação da cabeceira da cama a 30°;
 3. Osmoterapia com manitol ou salina hipertônica;
 4. Sedação e paralisia muscular;
 5. Hiperventilação;
 6. Coma barbitúrico;
 7. Hemicraniectomia
- d)**
1. Benzodiazepínico venoso – diazepam ou lorazepam;
 2. Fenitoína bolus 20 mg/kg IV;
 3. Fenobarbital bolus 20 mg/kg IV;
 4. Propofol infusão contínua / midazolam infusão contínua;
 5. Coma barbitúrico – pentobarbital.