

CADERNO DE QUESTÕES



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS



MISSÃO INSTITUCIONAL

Prestar assistência de excelência e referência com responsabilidade social, formar recursos humanos e gerar conhecimentos, atuando decisivamente na transformação de realidades e no desenvolvimento pleno da cidadania.

EDITAL N.º 02/2012 DE PROCESSOS SELETIVOS

PS 23 - MÉDICO EMERGENCISTA I

Nome do Candidato: _____

Inscrição nº: _____ - _____



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

EDITAL N.º 02/2012 DE PROCESSOS SELETIVOS

GABARITO APÓS RECURSOS

PROCESSO SELETIVO 23

MÉDICO EMERGENCISTA I

01.	A	11.	E	21.	E
02.	E	12.	C	22.	C
03.	ANULADA	13.	A	23.	D
04.	E	14.	C	24.	D
05.	C	15.	ANULADA	25.	C
06.	B	16.	D		
07.	C	17.	C		
08.	D	18.	A		
09.	B	19.	B		
10.	A	20.	D		



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS



INSTRUÇÕES

- 1 Verifique se este CADERNO DE QUESTÕES corresponde ao Processo Seletivo para o qual você está inscrito. Caso não corresponda, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
- 2 Esta PROVA consta de **25** (vinte e cinco) questões objetivas.
- 3 Caso o CADERNO DE QUESTÕES esteja incompleto ou apresente qualquer defeito, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
- 4 Para cada questão objetiva, existe apenas **uma** (1) alternativa correta, a qual deverá ser assinalada na FOLHA DE RESPOSTAS.
- 5 **O candidato deverá responder à Prova Escrita Objetiva, utilizando caneta esferográfica de tinta azul, fabricada em material transparente. Não será permitido o uso de lápis, lapiseira/grafite e/ou borracha durante a realização da Prova.** (conforme item 6.15.2 do Edital de Abertura)
- 6 Preencha com cuidado a FOLHA DE RESPOSTAS, evitando rasuras. Eventuais marcas feitas nessa FOLHA, a partir do número 26, serão desconsideradas.
- 7 Durante a prova, não será permitida ao candidato qualquer espécie de consulta a livros, códigos, revistas, folhetos ou anotações, nem será permitido o uso de telefone celular, transmissor/receptor de mensagem ou similares e calculadora.
- 8 Ao terminar a prova, entregue a FOLHA DE RESPOSTAS ao Fiscal da sala.
- 9 A duração da prova é de **2 (duas) horas e 30 (trinta) minutos**, já incluído o tempo destinado ao preenchimento da FOLHA DE RESPOSTAS. Ao final desse prazo, a FOLHA DE RESPOSTAS será **imediatamente** recolhida.
- 10 **O candidato somente poderá se retirar da sala de Prova uma (1) hora após o seu início. Se quiser levar o Caderno de Questões da Prova Escrita Objetiva, o candidato somente poderá se retirar da sala de Prova uma (1) hora e 30 (trinta) minutos após o início.**
- 11 **O candidato que se retirar da sala de Prova, ao concluí-la, não poderá utilizar sanitários nas dependências do local de Prova.** (conforme item 6.15.7 do Edital de Abertura)
- 12 A desobediência a qualquer uma das recomendações constantes nas presentes instruções poderá implicar a anulação da prova do candidato.

Boa Prova!

01. Paciente masculino de 45 anos vem à Emergência por cefaleia intensa. Refere dor intermitente retro-ocular direita em "facada" muito intensa, associada a lacrimejamento ipsilateral, sem alívio com analgesia comum. O paciente relata episódio semelhante com ataques diários de curta duração durante 4 semanas há 1 ano. Depois deste episódio, permaneceu totalmente assintomático e consultou um neurologista, o qual não constatou nenhuma anormalidade no exame clínico e nos exames de imagem. O diagnóstico mais provável da cefaleia é

- (A) cluster.
- (B) nevralgia do trigêmio.
- (C) enxaqueca.
- (D) cefaleia tensional.
- (E) trombose venosa cerebral.

02. Paciente de 65 anos, tabagista pesado, com história de tosse crônica e dispneia progressiva chega à Emergência em insuficiência respiratória tipo II (acordado, desorientado e obedecendo aos comandos, taquipneico, taquicárdico, SpO₂ 85%). Qual a conduta correta nessa situação?

- (A) Oxigenioterapia por cateter nasal.
- (B) Oxigenioterapia por máscara com reservatório de O₂.
- (C) Oxigenioterapia por máscara de Venturi com FiO₂ 35%.
- (D) Ventilação mecânica invasiva.
- (E) Ventilação mecânica não invasiva.

03. Mulher, 28 anos, com história de estar em tratamento de infecção urinária baixa, há dois dias, e sem apresentar melhora clínica chega à Emergência febril, taquicárdica, taquipneica, sonolenta, pálida e hipotensa. Qual a conduta inicial mais adequada?

- (A) Acesso venoso periférico e reposição volêmica.
- (B) Acesso venoso central e reposição volêmica.
- (C) Vasopressor e reposição volêmica em veia periférica.
- (D) Vasopressor e reposição volêmica em acesso venoso central.
- (E) Acesso venoso por qualquer via para reposição volêmica.

04. Mulher, 40 anos, com diagnóstico prévio de *miastenia gravis* e timectomia no passado, vem à Emergência com cansaço, fraqueza progressiva e dispneia. Ao exame clínico, apresenta ptose bilateral e diminuição generalizada da força muscular. A indicação mais adequada nesse caso é

- (A) Glicocorticoide.
- (B) Piridostigmina.
- (C) Plasmeferese.
- (D) Glicocorticoide e Piridostigmina.
- (E) Glicocorticoide, Piridostigmina e Plasmeferese.

05. Paciente diabético, tipo I, 18 anos, está em tratamento de cetoacidose diabética na Emergência há seis horas. Você é avisado pelo laboratório que o sódio sérico é de 160 mEq/L. Qual é sua conduta perante a prescrição vigente?

- (A) Aumentar a infusão da solução salina isotônica a 0,9%.
- (B) Iniciar solução glicosada a 5% e manter solução salina isotônica a 0,9%.
- (C) Iniciar solução salina hipotônica a 0,45% e suspender solução salina isotônica a 0,9%.
- (D) Iniciar solução de Ringer-Lactato e reduzir a infusão da solução salina isotônica a 0,9%.
- (E) Iniciar a solução salina hipotônica a 0,45% e manter a solução salina isotônica a 0,9%.

06. Paciente masculino de 70 anos, com diagnósticos prévios de DPOC e ICC, vem à Emergência por piora progressiva da dispneia, agora aos mínimos esforços. Assinale a opção de exame(s) que define o diagnóstico diferencial da dispneia neste caso.

- (A) CPK
- (B) Peptídeo Natriurético Cerebral (BNP)
- (C) D-dímeros
- (D) CPK e Peptídeo Natriurético Cerebral (BNP)
- (E) Peptídeo Natriurético Cerebral (BNP) e D-dímeros

07. Paciente com DPOC grave, em uso de oxigênio domiciliar, apresenta-se à Emergência com diagnóstico clínico e radiológico de pneumonia no lobo inferior direito. Qual o tratamento inicial mais adequado de esquema antimicrobiano?

- (A) Ampicilina-sulbactam.
- (B) Levofloxacino + claritromicina.
- (C) Cefuroxima + claritromicina.
- (D) Piperacilina-tazobactam + doxiciclina.
- (E) Cefepima.

08. Paciente do sexo masculino, com 27 anos, vem à Emergência por 4 episódios de diarreia iniciada há 24h. As fezes são líquidas, sem sangue ou pus. Nega febre, doenças crônicas, viagens, uso de antibiótico-terapia sistêmica recentes ou quadro semelhante em familiares ou amigos próximos. Não apresenta sinais de sepse, instabilidade hemodinâmica ou desidratação grave. Em relação à orientação a ser dada ao paciente da necessidade de investigação adicional da diarreia, assinale a alternativa que **NÃO** está correta.

- (A) Caso a diarreia persista por mais 48h.
- (B) Caso apresente temperatura $>38,5^{\circ}\text{C}$.
- (C) Caso apresente sangramento nas fezes.
- (D) Caso apresente cólicas abdominais.
- (E) Caso o volume da diarreia aumente em grande quantidade.

09. Paciente do sexo feminino, com 62 anos, vem à Emergência por fezes pretas, amolecidas e muito mal cheirosas há 2 dias. Também refere dor epigástrica, que melhorou após a última refeição, realizada 2 horas antes. Ao exame físico, apresenta TA de 124/76 mmHg, frequência cardíaca de 94 bpm, mucosas hipocoradas, extremidades aquecidas com pulsos cheios, dor à palpação profunda do epigastro. Toque retal confirma presença de melena. Paciente não apresenta estigmas clínicos de hepatopatia crônica. Relata uso frequente de ibuprofeno para tratar dores articulares secundárias a artrose coxofemoral, além de laxativos orais por constipação.

Em relação ao caso, considere as afirmações abaixo.

- I - A paciente deve ser encaminhada imediatamente para endoscopia digestiva alta.
- II - Os inibidores de bombas de prótons devem ser administrados, pois a supressão ácida por eles causada promove a agregação plaquetária e a formação do coágulo, reduzindo sangramento de úlceras pépticas.
- III- A pesquisa e o tratamento do *Helicobacter pylori* não são necessários em usuários de anti-inflamatórios não-esteroidais com doença ulcerosa péptica.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas III.
- (D) Apenas I e II.
- (E) I, II e III.

10. Paciente com 62 anos, do sexo feminino, com história de hepatite C crônica, é trazida à Emergência por aumento do volume abdominal, inversão do ciclo sono-vigília, tremores e desorientação. Não há relatos de alcoolismo. Faz tratamento irregular. Ao exame físico, apresenta *asterixis* e ascite volumosa, porém não tensa. O médico suspeitou de encefalopatia hepática (EH) e realizou paracentese de alívio, a qual foi compatível com peritonite bacteriana espontânea (PBE).

Quanto à avaliação e tratamento deste caso, considere as afirmações abaixo.

- I - Hipocalemia pode contribuir para descompensação da EH.
- II - Dieta aprotéica é mandatória no tratamento da EH.
- III- Antibióticos orais como neomicina ou metronidazol não são mais recomendados no tratamento EH.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas III.
- (D) Apenas I e II.
- (E) I, II e III.

11. Paciente do sexo feminino, com 45 anos, história de crises recorrentes de dores no hipocôndrio direito irradiadas para epigastro, vem à Emergência por nova crise de dor há 2 dias, sem melhora com analgésicos por via oral, acompanhada de icterícia, colúria e acolia. Ao exame físico, apresenta icterícia, dor à palpação profunda do hipocôndrio direito e epigastro, porém com sinal de Murphy ausente. Exames séricos demonstram amilase de 120 UI/L (normal até 100 UI/L), lipase de 70 UI/L (normal até 60 UI/L), TGP 352 UI/L (normal até 40 UI/L), TGO 291 UI/L (normal até 40 UI/L), bilirrubina total de 6,2 mg/dL (normal até 1,2 mg/dL) e bilirrubina direta de 4,3 mg/dL, fosfatase alcalina de 240 U/L (normal até 100 U/L) e gama glutamil transferase de 290 U/L (normal até 30 U/L).

Considerando o diagnóstico diferencial de icterícia, indique a alternativa que apresenta respectivamente o diagnóstico mais provável e a complicação que pode seguir a esse diagnóstico.

- (A) colecistite aguda – peritonite aguda
- (B) pancreatite aguda – sepse
- (C) cólica biliar – íleo biliar
- (D) hepatite aguda viral – insuficiência hepática aguda
- (E) coledocolitíase – colangite

12. Paciente de 53 anos, do sexo masculino, vem à Emergência por tontura, náuseas, dores abdominais e sudorese. Relata diagnóstico recente de acromegalia e informa que está em lista de espera para uma cirurgia de adenoma de hipófise. Nega febre, tosse, escarro, diarreia, disúria, dor torácica, dispneia ou mudança na cor da pele. Ao exame físico, apresenta: pressão arterial = 70/40 mmHg, frequência cardíaca = 110 bpm, temperatura axilar = 36,8°C, extremidades frias e sudoréticas. O eletrocardiograma e a dosagem de troponina sérica são normais. Exame: glicemia randômica de 110 mg/dL, sódio de 124 mEq/L, potássio de 5,4 mEq/L, leucograma 9.700 leucócitos/mm³ com 40% de linfócitos e 8% de eosinófilos. Assinale a alternativa que apresenta respectivamente a hipótese diagnóstica mais provável e o tratamento etiológico imediato sugerido.

- (A) sepse – antibioticoterapia EV
- (B) insuficiência adrenal primária – fludrocortisona VO
- (C) insuficiência adrenal secundária – glicocorticoides EV
- (D) hipotireoismo – levotiroxina VO
- (E) hipogonadismo – testosterona VO

13. Referente à investigação complementar de um paciente com quadro sugestivo de cólica renal, considere as afirmações abaixo.

- I - Cálculos de ácido úrico são radiolúcentes, o que dificulta o diagnóstico por raio X simples de abdômen.
- II - A tomografia computadorizada (TC) com contraste é o exame de escolha para identificação de cálculos ao longo do trato urinário.
- III- A ecografia do aparelho urinário é tão sensível quanto a TC na detecção de cálculos ureterais.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas III.
- (D) Apenas I e II.
- (E) I, II e III.

14. Paciente de 65 anos, diabético, sexo masculino, é trazido à Emergência por perda de consciência. Está lúcido, orientado e coerente e não se lembra do evento. Nega sintomas prévios semelhantes. Não apresentou perda esfínteriana; acompanhante informa que ele teve rápida recuperação da consciência. Na chegada à Emergência, apresenta Glasgow XV. Qual a sequência de procedimentos diagnósticos a serem realizados na Emergência?

- (A) TC crânio, ECG e EEG.
- (B) ECG, EEG e glicemia de jejum.
- (C) Hemoglicoteste, ECG e Holter.
- (D) TC crânio, ECG e hemoglicoteste.
- (E) ECG, Ressonância Magnética e Ecocardiograma transesofágico.

15. Homem de 75 anos, previamente hígido, procura a emergência por dor lombar (intensidade 8/10) de início há cerca de 1 semana. Não apresenta sinais vitais alterados na triagem da emergência. Na ocasião, informa ao médico episódio prévio semelhante autolimitado, mas de menor intensidade, 3 semanas antes. O exame neurológico é normal. Considerando-se a situação descrita, a conduta correta na emergência é realizar

- (A) Ressonância Magnética de coluna lombossacra.
- (B) angiogramografia da aorta abdominal.
- (C) analgesia e encaminhar ao ambulatório da ortopedia.
- (D) exame de raio X da coluna lombossacra.
- (E) raio X da coluna lombossacra e Tomografia Computadorizada de abdômen.

16. Paciente de 65 anos, sexo feminino, em tratamento quimioterápico para carcinoma de mama ulcerado, última sessão de quimioterapia há 7 dias, vem à Emergência apresentando quadro de mal-estar, náuseas e vômitos. A sua chegada, temperatura axilar de 38,5°C, PA 80/60mmHg, FC 135 bpm, pulsos radiais filiformes, extremidades sudoréticas e frias. O laboratório evidencia contagem de neutrófilos de 540/microL, plaquetas 90 mil, Hg = 6,2g/dl, Cr = 2,45g/dl, ureia = 126g/dl, lactato = 2,5mg/dl. Considere as afirmações abaixo.

- I - A gravidade e o prognóstico da infecção, no paciente neutropênico, está intimamente relacionada ao grau de neutropenia.
- II - O uso de fator estimulador de colônias de granulócitos-macrófagos não tem benefício bem estabelecido na situação acima descrita.
- III- Cefalosporina de terceira geração isolada deve ser iniciada tão logo sejam coletadas as hemoculturas.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas III.
- (D) Apenas I e II.
- (E) I, II e III.

17. Paciente do sexo feminino, 37 anos, trazida à Emergência com rebaixamento de sensório. Relato de terceiros de provável ingestão por tricíclicos há 4 horas. O exame físico: Glasgow 10, PA=100/70 mmHg, FC 120 bpm, pupilas midriáticas, mucosas secas e rubor facial. Eletrocardiograma com intervalo QT (600ms). Considere as afirmações abaixo.

- I - Proceder ao lavado gástrico e administrar carvão ativado, bem como realizar *screening* toxicológico.
- II - Considerar o diagnóstico de síndrome tóxica colinérgica.
- III- Considerar infusão de bicarbonato de sódio EV no manejo inicial.

Quais são corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas III.
- (D) Apenas I e II.
- (E) I, II e III.

18. Paciente com 65 anos, masculino, portador de insuficiência renal crônica pré-dialítica, *diabetes melitus* em tratamento, com quimioterapia para diagnóstico recente de carcinoma de pequenas-células pulmonar, consultou na emergência por dispneia, dor pleurítica e febrícula de início há cerca de 24 horas. Na chegada, apresenta: FC 120 bpm, Tax 37,5°C, PA 90/60 mmHG, SatO2 93%. São realizados os seguintes exames: Raio x de tórax (normal), ECG (taquicardia sinusal), Leucograma com 5 mil leucócitos sem desvio à esquerda, Cr = 3,24g/dl, ureia = 108g/dl, lactato = 1,08mg/dl.

Qual a conduta indicada para esse caso?

- (A) Solicitar cintilografia pulmonar com perfusão/ventilação pela alta probabilidade de TEP.
- (B) Realizar angiotomografia de tórax, considerando a alta probabilidade de TEP.
- (C) Dosar d-dímeros e, se elevados, considerar a realização de angiotomografia de tórax.
- (D) Iniciar antibioticoterapia empírica (ex: beta-lactâmico associado a macrolídeo), considerando o diagnóstico de infecção respiratória comunitária.
- (E) Solicitar ecocardiograma para avaliar a função ventricular esquerda, considerando a alta probabilidade de insuficiência cardíaca.

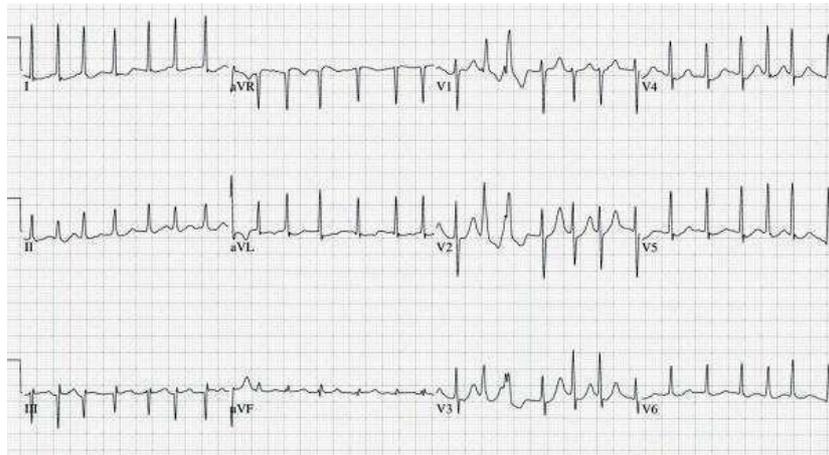
19. Em relação às meningites virais, considere as afirmações abaixo.

- I - O perfil citológico do líquido é predominantemente de pleioscitose neutrofilica.
- II - Glicorraquia baixa, via de regra, sugere outra etiologia.
- III- Menos de 1/3 das meningites "assépticas" tem o diagnóstico confirmado de um agente etiológico viral específico por PCR.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas III.
- (D) Apenas I e II.
- (E) I, II e III.

- 20.** Homem, 55 anos, consultou na Emergência por palpitações e tontura iniciadas há uma semana. Tem história de HAS e cardiopatia hipertensiva. Há dois meses o ECG de repouso mostrava ritmo sinusal com FC de 78bpm e a fração de ejeção estimada pelo Eco TT era de 55%. Na chegada, o paciente apresentava PA= 140/90 mmHg, Sat de O₂= 98% e o traçado do ECG de repouso descrito abaixo.



Assinale a alternativa que apresenta opção de tratamento que **NÃO** pode se usada para esse paciente.

- (A) b-bloqueador
- (B) verapamil
- (C) digoxina
- (D) amiodarona
- (E) diltiazem

- 21.** Em relação à antibioticoterapia inicial da sepse severa e choque séptico para pacientes com função renal normal, considere as afirmações abaixo.

- I - A combinação antibiótica não é superior à monoterapia para o tratamento empírico de bacteremia por germes Gram-negativos (exceção à terapia para *Pseudomona aeruginosa*).
- II - A duração da terapia antimicrobiana depende da suscetibilidade do germe isolado.
- III- No paciente neutropênico febril, vancomicina deve ser administrada caso o paciente tenha recebido previamente profilaxia com quinolona.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas III.
- (D) Apenas I e II.
- (E) I, II e III.

- 22.** Homem com 67 anos consultou na Emergência por dor retroesternal em aperto iniciada há 15 dias, quando fazia suas caminhadas matinais. Nas últimas 24 horas, apresentou dois episódios de dor semelhante em repouso (+/- 5min de duração), com alívio espontâneo. Tem história de HAS, DM e tabagismo ativo. O ECG de repouso da chegada e a primeira série de enzimas de injúria miocárdica foram normais.

Considere as seguintes afirmações.

- I - O risco de morte, IAM ou revascularização urgente nas próximas duas semanas para este paciente é de 5%.
- II - O paciente deve ser admitido no hospital em leito monitorado e repetir enzimas em 6 horas. Caso permaneça assintomático e a segunda série de enzimas permaneça normal, pode ser liberado com encaminhamento ambulatorial para o cardiologista, com nitrato e b-bloqueador.
- III- Caso a troponina esteja aumentada, a estratégia de tratamento invasivo com cinecoronariografia confere redução de 40% na probabilidade de eventos cardíacos recorrentes.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas III.
- (D) Apenas I e II.
- (E) I, II e III.

23. Assinale a alternativa **INCORRETA** quanto às metas de tratamento da elevação aguda da PA associada a cada uma das situações clínicas referidas.

- (A) No paciente com AVC isquêmico agudo, não candidato à terapia trombolítica, a PA deve ser tratada agudamente somente quando a PAS > 220mmHg ou PAD > 130mmHg.
- (B) No paciente com Hipertensão Maligna sem encefalopatia, a PA deve ser reduzida preferencialmente com agentes orais (exemplo: captopril e/ou clonidina).
- (C) No paciente com dissecção aórtica, a meta terapêutica é reduzir a PAS para < ou = 120mmHg.
- (D) No paciente com infarto agudo do miocárdio, nitroprussiato é a droga de escolha.
- (E) No paciente com AVC hemorrágico, a terapia antihipertensiva deve ser iniciada quando a PAS > 180 mmHg ou PAD > 130 mmHg.

24. Paciente de 72 anos, diabética, obesa e hipertensa, sofreu queda domiciliar ao trocar uma lâmpada com consequente contusão no cotovelo esquerdo. Dois dias após, como a dor persistia, procurou a Emergência do HCPA, onde foi constatada fratura do úmero esquerdo, tendo sido submetida a redução e fixação cirúrgica. No pós-operatório imediato, desenvolveu fibrilação atrial aguda e hipertensão arterial de difícil controle, evoluindo com depressão do sensório (coma) e necessidade de ventilação mecânica. Uma tomografia de crânio demonstrou áreas isquêmicas bilaterais e sinais sugestivos de edema cerebral difuso. Ainda nas primeiras 24 horas apresentou bradicardia não responsiva ao tratamento e PCR irreversível. Como a paciente havia internado pela Emergência, o médico de plantão foi solicitado a fornecer o atestado de óbito. Caso você fosse o médico de plantão na emergência, o que faria?

- (A) Forneceria o atestado de óbito, colocando como doença que causou o óbito: parada cardíaca e edema cerebral.
- (B) Forneceria o atestado de óbito, colocando como doença que causou o óbito: edema cerebral e acidente vascular cerebral isquêmico.
- (C) Forneceria o atestado de óbito, colocando como doença que causou o óbito: edema cerebral, acidente vascular cerebral isquêmico e hipertensão arterial sistêmica.
- (D) Encaminharia ao IML para necropsia, pois trata-se de óbito relacionado a causa externa.
- (E) Encaminharia ao serviço de necropsia do Hospital para identificar a real causa da morte.

25. Adolescente de 17 anos, portador de Fibrose Cística, sem condições de realizar transplante de pulmões, com histórico de várias internações nos últimos anos por insuficiência respiratória com necessidade de ventilação mecânica (VM), consultou na Emergência por nova descompensação respiratória. Os pais e a família, de comum acordo com o médico assistente, já haviam definido que, na próxima piora clínica, seriam adotadas apenas medidas paliativas (sedação e oxigênio por máscara sem a instalação de VM). O paciente, na chegada, apresentava franca insuficiência respiratória, e os pais reafirmaram ao médico plantonista a decisão de manter apenas medidas de conforto. Considerando o novo Código de Ética Médica, assinale a alternativa correta com relação à conduta a seguir neste caso.

- (A) O plantonista deve realizar a intubação endotraqueal, pois o Art. 1º veda ao médico causar dano ao paciente por ação ou omissão (caracterizável como negligência).
- (B) O plantonista, ao não realizar a intubação endotraqueal, estará infringindo o Art. 32 (deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente).
- (C) Deve registrar no prontuário a decisão da família e do paciente, justificando a adoção de cuidados paliativos, a qual está respaldada no inciso XXII (Princípios gerais), que defende a utilização de cuidados paliativos em pacientes com doenças irreversíveis e terminais.
- (D) Realizar a intubação endotraqueal e aguardar a chegada do médico assistente, para que assuma a responsabilidade de extubá-lo e instituir os cuidados paliativos.
- (E) Enquanto não houver mudança no Código Penal Brasileiro, não há como realizar limitação de tratamento, mesmo em pacientes com doença em fase terminal.