



Edital Nº 03/2016

CADERNO DE QUESTÕES

Data: 13 de novembro de 2016.

PROGRAMA ANOS ADICIONAIS: MEDICINA INTENSIVA

ESPECIALIDADE: Medicina Intensiva (R3)

Área de Atuação em Nutrição Enteral e Parental

INSTRUÇÕES

Prezado(a) Participante,

Para assegurar a tranquilidade no ambiente de prova, bem como a eficiência da fiscalização e a segurança no processo de avaliação, lembramos a indispensável obediência aos itens do Edital e aos que seguem:

01. Deixe sobre a carteira **APENAS caneta transparente e documento de identidade**. Os demais pertences devem ser colocados embaixo da carteira em saco entregue para tal fim. Os **celulares devem ser desligados** antes de guardados. O candidato que for apanhado portando celular será automaticamente eliminado do certame.
02. Anote o seu número de inscrição e o número da sala, na capa deste Caderno de Questões.
03. Antes de iniciar a resolução das 20 (vinte) questões, verifique se o Caderno está completo. Qualquer reclamação de defeito no Caderno deverá ser feita nos primeiros 30 (trinta) minutos após o início da prova.
04. Ao receber a Folha de Respostas, confira os dados do cabeçalho. Havendo necessidade de correção de algum dado, chame o fiscal. Não use corretivo nem rasure a Folha de Respostas.
05. A prova tem duração de **2 (duas) horas** e o tempo mínimo de permanência em sala de prova é de **1 (uma) hora**.
06. É terminantemente proibida a cópia do gabarito.
07. O gabarito individual do participante será disponibilizado em sua área privativa na data prevista no Anexo III, conforme no subitem 8.4.14 do Edital.
08. Ao terminar a prova, não esqueça de assinar a Ata de Aplicação e a Folha de Respostas no campo destinado à assinatura e de entregar o Caderno de Questões e a Folha de Respostas ao fiscal de sala.

Atenção! Os três últimos participantes só poderão deixar a sala simultaneamente e após a assinatura da Ata de Aplicação.

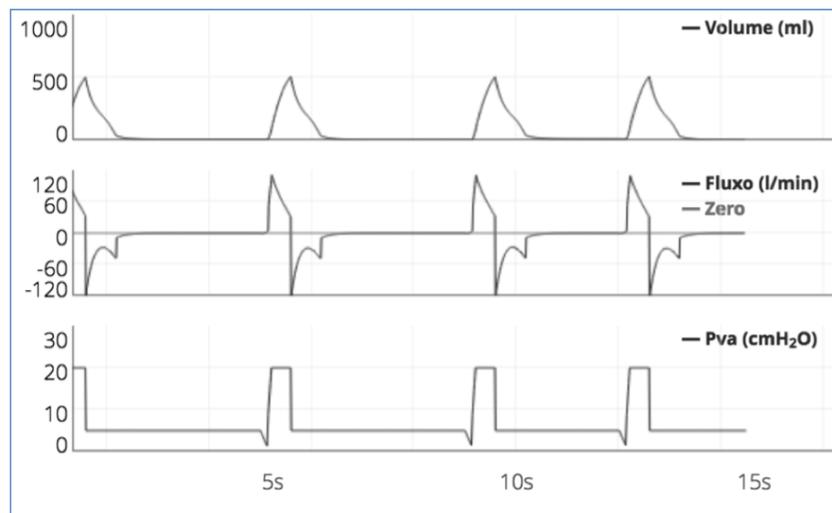
Boa prova!

Inscrição

Sala

PSU-RESMED/CE - 2017

01. Paciente de 71 anos chega à emergência com quadro de piora da dispneia por aumento do volume de secreções respiratórias. Ao exame, apresenta resposta ocular ao estímulo verbal, acha-se confuso e localiza estímulos dolorosos. Ex-fumante, relata febre e dor de garganta há 2 dias. Ao exame: fR: 25irpm, PA: 120/50mmHg, SpO₂: 90% com cateter de O₂ 2l/min. A gasometria arterial revela pH: 7,29, PaCO₂: 51mmHg, PaO₂: 65mmHg, e SaO₂:88%. Qual intervenção está associada à redução da mortalidade nesse contexto clínico?
- A) VNI no modo CPAP.
B) VNI no modo BiPAP.
C) Máscara de Venturi com FiO₂ de 40%.
D) Intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva.
02. Homem de 30 anos, recuperando-se de traumatismo cranio-encefálico, após 4 dias em ventilação mecânica invasiva, teve a sedação endovenosa suspensa para despertar. Encontrava-se no modo de ventilação com pressão de suporte, PSV, quando foram observadas alterações nas curvas na tela do ventilador mecânico, visualizadas na figura abaixo.



Que tipo de intervenção é recomendável nos ajustes do ventilador mecânico?

- A) Aumentar a PEEP.
B) Reduzir o nível de pressão de suporte.
C) Aumentar o "rise time" ou tempo de subida.
D) Reduzir o limiar de percentual de fluxo de ciclagem.
03. Paciente de 72 anos, com diagnóstico de enfisema pulmonar há 9 anos, foi intubado por insuficiência respiratória aguda. Encontra-se no 6º dia de UTI em ventilação com pressão de suporte de 12cmH₂O e PEEP de 4cmH₂O, FIO₂: 25%, com pH: 7,45, PaO₂: 65mmHg, PaCO₂: 50mmHg, BE: +6 e SaO₂: 94%. Foram feitas duas tentativas de se reduzir a pressão de suporte que fracassaram por desconforto respiratório. O paciente encontra-se alerta, um pouco ansioso e apresenta tosse eficaz com secreção ainda abundante. Qual das condutas abaixo seria a mais recomendável para o paciente?
- A) Indicar traqueostomia, se fracassar em mais uma tentativa de redução da pressão de suporte.
B) Indicar broncoscopia e aspiração das vias aéreas para remoção de secreções respiratórias.
C) Indicar extubação seguida de VNI, como parte do desmame da ventilação mecânica.
D) Indicar extubação seguida de VNI, somente se apresentar falência respiratória.

- 04.** Mulher de 19 anos sofreu atropelamento com contusão pulmonar e múltiplas fraturas de arcos costais. Foi intubada e admitida à UTI. A radiografia de tórax evidenciou opacidade bilateral e a gasometria arterial colhida com uma FIO₂ de 60% e PEEP de 5cmH₂O mostrou pH: 7,35, PaO₂: 80mmHg, PaCO₂: 45mmHg, BE: 0 e SaO₂: 95%. O exame de ecodopplercardiografia não identificou disfunção ventricular. A tomografia computadorizada de tórax mostrou imagens de consolidação pulmonar com broncograma aéreo nas áreas dependentes da gravidade, em região posterior dos pulmões. Além de reduzir o volume corrente para 6ml/kg de peso ideal, qual das estratégias ventilatórias abaixo está associada à redução da mortalidade, no contexto clínico dessa paciente?
- A) Adotar posição prona por pelo menos 16h seguidas.
 - B) Titular a PEEP através de TC de tórax convencional.
 - C) Titular a PEEP através de tomografia de impedância elétrica.
 - D) Realizar manobra de recrutamento alveolar com altas pressões sustentadas.
- 05.** Mulher de 33 anos, com obesidade mórbida, realizou cirurgia bariátrica e encontra-se no 3º dia de pós-operatório. Relata dispneia moderada, frequência respiratória de 32 irpm e apresenta redução da SpO₂: 90% em uso de cateter de O₂ 2l/min, além de tosse, expectoração purulenta e temperatura de 38,4 °C. O leucograma evidencia 12.800 cels/mm³ com desvio até metamielócitos. A dosagem de PCR era de 5,8mg/dl (normal até 1,0mg/dl). O raio-x de tórax evidencia elevações de cúpulas diafragmáticas com opacidades mal definidas em lobo inferior direito compatíveis com consolidação. Que exame complementar é necessário antes de se iniciar o tratamento mais indicado?
- A) Angiotomografia de tórax.
 - B) Dosagem de procalcitonina.
 - C) Cultura de secreção do trato respiratório inferior.
 - D) Pesquisa de antígenos urinários de Pneumococo e Legionella.
- 06.** Mulher de 31 anos procurou uma Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) com queixas de urina com mal cheiro e dor lombar há dois dias. Negava doenças associadas. Ao exame físico, apresentava: Temperatura axilar: 38,6 °C, fR: 26 irpm, PA: 100x50mmHg, pulso: 102 ppm, SpO₂: 95% obedecendo a comandos porém com letargia. O acompanhante informava que a mesma se achava sonolenta nas últimas 4 a 6 horas. Qual impressão diagnóstica é a mais adequada e precisa para a paciente, dentre as opções abaixo?
- A) Sepses.
 - B) Sepses grave.
 - C) Choque séptico.
 - D) Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica.
- 07.** Homem de 78 anos foi avaliado pela equipe multidisciplinar da UTI. Encontrava-se internado há 17 dias devido a exacerbação de DPOC com insuficiência respiratória relacionada à pneumonia grave. Achava-se intubado e com dificuldades de retirada da ventilação mecânica. Após uma melhora inicial, passou a apresentar febre (38 °C) há dois dias e um leucograma evidenciou 13.000cels/mm³ e 15% de bastões (há dois dias apresentava 9.000cels/mm³, e 9% de bastões). O raio-x de tórax do dia não mostrava novo infiltrado pulmonar mas ainda apresentava secreção traqueal purulenta. A urina era de aspecto turvo e com grumos e um sumário de urina de amostra coletada da sonda vesical de demora mostrou presença de bactérias e leucócitos em moderada quantidade. A equipe da nefrologia solicitou monitorização rigorosa da diurese e do balanço hídrico uma vez que o paciente apresentou elevação de ureia e creatinina séricas com redução do volume urinário nas últimas 24h e prescreveu medidas a cada 2 a 4h. Qual a conduta correta quanto à sonda vesical de demora em uso pelo paciente?
- A) Deve ser mantida.
 - B) Deve ser substituída.
 - C) Deve ser irrigada com solução salina.
 - D) Deve-se proceder sondagem intermitente a cada 4h.

08. O uso de critérios de admissão em UTI são necessários para o gerenciamento dos leitos hospitalares. De acordo com as orientações mais recentes sobre admissão em UTI, dentre os pacientes abaixo, qual deveria ser internado em uma UTI de forma prioritária?
- A) Mulher de 20 anos, com neoplasia de ovário, sem resposta à quimioterapia, ascite e insuficiência respiratória devido derrame pleural neoplásico bilateral.
 - B) Homem com 70 anos, diagnóstico de DPOC avançada, em uso de ventilação mecânica não-invasiva devido exacerbação infecciosa.
 - C) Mulher de 55 anos, com dor precordial, aumento de enzimas cardíacas e eletrocardiograma sem alteração do segmento ST.
 - D) Homem de 60 anos, com câncer de cólon metastático e insuficiência respiratória devido pneumonia, intubado na enfermaria.
09. No hospital onde trabalha, você recebeu uma proposta de emprego para gerir uma UTI de alta complexidade, com possibilidade de recrutar uma equipe médica e multiprofissional de qualidade e com formação especializada, respeitando uma boa relação custo-benefício para o paciente e as recomendações mais atuais da literatura médica e da regulamentação dos órgãos controladores brasileiros. Com relação à equipe médica, a melhor opção seria:
- A) manter escala de plantonista da manhã e da tarde com intensivistas com papel também de diaristas.
 - B) manter plantonistas com titulação em terapia intensiva durante 24 horas e nos sete dias da semana.
 - C) manter intensivistas como corpo clínico na gestão diária dos pacientes, diuturnamente.
 - D) manter o modelo de "UTI fechada" na qual o plantonista serve como médico assistente.
10. Após a conclusão do protocolo de morte encefálica, a manutenção da perfusão e o metabolismo tecidual no potencial doador se faz necessária, até a conclusão do processo de doação. Dentre as medidas recomendadas para manutenção do potencial doador, deve-se:
- A) repor volêmica guiada por meta utilizando o gradiente veno-arterial de CO₂.
 - B) administrar metilprednisolona intravenosa na dose de 15 mg/kg a cada 24 horas.
 - C) iniciar noradrenalina para manter a PAM > 65mmHg até limite de 2µg/kg/minuto.
 - D) infundir solução glicosada para evitar hipoglicemia sem limite para nível glicêmico alto.
11. Paciente de 45 anos, em pós-operatório de laparotomia exploradora por apendicite aguda complicada, fez uso, inicialmente, de piperacilina-tazobactam, sendo em seguida ampliada a cobertura antibiótica com meropenem devido sepse abdominal, o qual passou a fazer uso há 12 dias. Tem prescrição de omeprazol intravenoso, desde a admissão à UTI. Evolui há 48 horas com quadro de diarreia líquida, cerca de dez vezes ao dia, associada a febre. Apresentou hipotensão com necessidade de noradrenalina, além de distensão abdominal significativa. Além da coleta de amostra fecal para pesquisa de toxinas A e B do *Clostridium difficile*, a estratégia recomendada nesse momento é iniciar:
- A) vancomicina 125mg, 4 vezes ao dia por via enteral.
 - B) metronidazol 500mg, 3 vezes ao dia por via enteral.
 - C) metronidazol 500mg, 3 vezes ao dia por via intravenosa.
 - D) vancomicina 500mg, 4 vezes ao dia por via enteral e retal, e metronidazol 500mg, 3 vezes ao dia, por via intravenosa.
12. Paciente admitido à UTI no pós-operatório imediato de cirurgia de correção de aneurisma de aorta abdominal, ainda sob ventilação mecânica, modo A/C com volume controlado de 8mL/kg e PEEP 8cmH₂O, foi reavaliado após 2 horas da admissão e identificada uma FC: 110bpm, PA: 80/60mmHg, DC: 3,4L/m, uma VVS: 19% e diurese horária de: 0,4mL/kg. Nesse momento, o intensivista tomou uma conduta e obteve, após 30 minutos, uma FC: 90bpm, PA: 120/50mmHg, DC: 4,5L/m, uma VVS de 6% com aumento do débito urinário. Baseado na monitorização hemodinâmica do paciente, é correto afirmar que a conduta tomada foi, provavelmente:
- A) início de dobutamina.
 - B) introdução de noradrenalina.
 - C) administração de diurético de alça.
 - D) expansão da volemia com cristalóide.

13. Homem, 62 anos, encontra-se internado no 5º dia de UTI, estando no quinto dia pós-operatório de colectomia direita por neoplasia de cólon. Apresenta quadro de pneumonia, sob ventilação mecânica, em uso de analgesia contínua com fentanil e sedação intermitente com propofol. Sem drogas vasoativas, função renal normal, sob antibioticoterapia com piperacilina/tazobactam. O valor do NUTRIC SCORE realizado na admissão foi de 5 e a dieta enteral foi iniciada no terceiro dia do pós-operatório. Na visita clínica de hoje, quinto dia do pós-operatório, foi verificado o alcance de 50% da meta calórico-proteica pela via enteral. A decisão em iniciar nutrição parenteral total suplementar, nesse momento, é:
- A) adequada, tendo em vista o risco nutricional elevado na avaliação inicial.
 - B) adequada, pois foi atingido menos de 60% da meta calórico-proteica pela via enteral.
 - C) inadequada, pois o benefício é obtido quando iniciada nas primeiras 48 horas da admissão.
 - D) inadequada, pois nos primeiros 7 dias essa medida não melhora o prognóstico e pode ser prejudicial.
14. Homem, 73 anos, internado na unidade de terapia intensiva devido acidente vascular encefálico isquêmico. Encontra-se sob nebulização por cânula de traqueostomia e analgesia contínua com fentanil 50µg/h devido desconforto, mantendo uma Escala de Coma de Glasgow de 11. Está em uso de terapia de nutrição enteral, com volume de dieta de 200ml administrada em intervalos de 3 em 3 horas por sonda de silicone em posição gástrica. A enfermeira comunica que o volume do resíduo gástrico aferido neste momento foi de 100ml. Com o intuito de reduzir o risco de aspiração, nesse caso, deve-se:
- A) prescrever pró-cinético.
 - B) monitorar o volume do resíduo gástrico.
 - C) descontinuar a administração do analgésico.
 - D) iniciar a avaliação da deglutição com azul de metileno.
15. Jovem, 18 anos, sem doença prévia conhecida, chega à emergência taquipneico e desidratado, relatando há 2 dias poliúria, polidipsia, perda de peso, náuseas e vômitos. A avaliação dos sinais vitais mostrou uma FR: 30irpm, PA: 80x50mmHg e pulso: 120ppm. A avaliação laboratorial inicial revelou glicemia: 445mg/dL, sódio: 155mEq/L, K⁺: 3,1mEq/L, gasometria venosa: pH: 7,2 e bicarbonato sérico: 10 mEq/L, sumário de urina com glicosúria (+++) e cetonúria (+++). Nesse contexto, a conduta inicial recomendada seria:
- A) prescrever solução salina hipotônica de NaCl a 0,45%, intravenosa na vazão de 10 a 14 ml/kg/h.
 - B) administrar 50 mEq/L de bicarbonato de sódio intravenoso para correção da acidose metabólica.
 - C) infundir solução salina isotônica de NaCl a 0,9%, intravenosa na vazão de 15 a 20 ml/kg.
 - D) iniciar insulina regular 0,1 U/kg/h intravenosa em bomba de infusão contínua.
16. Mulher de 25 anos, obesa, internada há 12 horas na emergência com dor abdominal e vômitos. Ao exame, encontra-se afebril, com FC 102 bpm, fR 22irpm, SaO₂: 98% com máscara de Venturi 50%, PA 120/80 mmHg, dor à palpação profunda do abdome em região epigástrica e em hipocôndrio direito. Os exames revelaram 14.500 leucócitos com 85% segmentados, lipase de 280U/L (referência: até 67U/L), bilirrubinas totais de 0,3mg/dL e direta de 0,1mg/dL (referências: total de 0,2 a 1,0mg/dL e direta de 0 a 0,2mg/dL). A ultrassonografia abdominal mostrou microlitíase biliar e não visualizou pâncreas devido a interposição gasosa. A conduta mais adequada, nesse momento, é:
- A) colangiopancreatografia endoscópica retrógrada.
 - B) antibioticoterapia com carbapenêmico.
 - C) hidratação venosa e controle da dor.
 - D) colecistectomia laparoscópica.
17. Jovem de 20 anos, sem doenças prévias, foi trazida para hospital após síncope. Na emergência, estava pálida, sudoreica, pulso de 120ppm, fR: 30irpm e PA 80/50mmHg. Foi encaminhada à UTI com oxigênio por máscara de Venturi 50% e uma SpO₂ de 87%. No ECG da admissão havia uma taquicardia sinusal e o raio-x de tórax estava normal. O ecocardiograma realizado na beira-do-leito revelou uma fração de ejeção de 57% com aumento do ventrículo direito e uma PSAP de 68mmHg. A angiotomografia do tórax foi realizada e mostrou oligoemia bilateral com trombo em artérias pulmonares direita e esquerda. A conduta adequada nesse momento é:
- A) iniciar anticoagulação oral com rivaroxabana.
 - B) proceder trombólise sistêmica com rTPA endovenoso.
 - C) indicar fragmentação percutânea do trombo e aspiração com cateter.
 - D) anticoagular plenamente com heparina de baixo-peso molecular subcutânea.

18. Homem, 45 anos, hepatopata crônico por vírus da hepatite tipo C, acompanhado no ambulatório do pré-transplante hepático, foi internado na UTI devido dor abdominal, febre e hipotensão refratária a volume. Foram iniciadas droga vasoconstritora e antibioticoterapia de largo espectro. Os exames laboratoriais iniciais revelaram plaquetas de $40.000\text{cél}/\text{mm}^3$, INR: 2,5 e TTPa relação de 1,2. A melhor conduta para manter a infusão de droga vasoconstritora nesse paciente é a punção guiada por ultrassonografia da veia:
- femoral, sendo essa adequada quando identificado fluxo pulsátil com a utilização do recurso do Doppler.
 - jugular interna, sendo essa identificada como vaso que colaba com manobra de compressão do transdutor.
 - femoral, sendo essa apropriada quando adquirir um formato ovalado com a manobra de compressão com transdutor.
 - jugular interna, identificada na posição medial com transdutor posicionado no triângulo formado pelo esternocleidomastóideo e a clavícula.
19. Mulher, 39 anos, sem doença prévia, foi trazida para emergência com quadro de cefaleia em região occipital, associada a vômitos de início há poucas horas. Apresentou quadro de cefaleia semelhante, há cerca de dois dias e após situação estressante no trabalho, porém de menor intensidade e que melhorou com dipirona. Ao exame, apresentava PA: 170/100mmHg, fR: 20irpm, pulso 110ppm. Exames laboratoriais colhidos na emergência revelaram sódio de 140mEq/L e após a tomografia de crânio sem contraste, abaixo, foi encaminhada para tratamento na UTI.



A conduta adequada nesse momento é:

- não administrar anti-hipertensivo.
 - nitroprussiato de sódio 0,5 a 10ug/kg/minuto.
 - esmolol 500ug/kg e manter 50 a 200ug/kg/minuto.
 - expansão da volemia com solução de cloreto de sódio 3%.
20. Mulher, 42 anos, encontra-se na 25ª semana de gestação (G:4, P:3 e A:0), O+ e VDRL não reagente. Sem doença prévia, foi encaminhada para UTI com cefaleia holocraniana pulsátil, associada a náuseas e escotomas, além de dor no hipocôndrio direito há 4 dias. PA à admissão era de 170/100mmHg. Os exames laboratoriais revelaram plaqueta de $94.000\text{cél}/\text{mm}^3$, TGO: 212UI/L, TGP: 108UI/L, LDH: 1500UI/L, ácido úrico: 7,9mg/dL, INR: 1,18, bilirrubinas totais: 1,3mg/dl e bilirrubina direta: 0,4mg/dl. Sumário de urina sem alterações. Nesse caso, podemos dizer que:
- a paciente está com síndrome HELLP e a conduta inicial e administração de sulfato de magnésio a 50% e hidralazina endovenosa.
 - o diagnóstico é eclampsia e a conduta inicial é administração de sulfato de magnésio a 50% e resolução do parto via vaginal.
 - se trata de uma plaquetopenia típica da gravidez e a conduta inicial é metildopa e antiácidos por via oral e repetição do hemograma após uma semana.
 - estamos diante de um descolamento prematuro de placenta e a conduta imediata é ativação do protocolo de transfusão maciça e parto cirúrgico de urgência.