



Edital Nº 03/2017

## CADERNO DE QUESTÕES

Data: 05 de novembro de 2017.

### 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 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 - 2018

01. Mulher de 55 anos encontra-se na UTI há 24h, intubada, em ventilação mecânica com quadro de pneumonia, opacidades bilaterais na radiografia do tórax e a seguinte gasometria arterial pH: 7,41; PaCO<sub>2</sub>: 42mmHg; PaO<sub>2</sub>: 92mmHg; BE: 0 e SaO<sub>2</sub>: 97% com uma FiO<sub>2</sub> de 40% e PEEP: 8cmH<sub>2</sub>O, f: 20irpm, VC: 400ml (6ml/Kg de peso ideal). A pressão de pico de via aérea é de 32cmH<sub>2</sub>O e a pressão de pausa é de 21cmH<sub>2</sub>O. Encontra-se sob sedação IV contínua com escore de RASS de -4. Com base nesses dados, a conduta mais recomendável nesse momento seria:
- A) manter parâmetros atuais.
  - B) administrar cisatracúrio IV.
  - C) adotar posição prona por cerca de 16h.
  - D) titular a PEEP após manobra de recrutamento alveolar.

02. Homem de 22 anos foi admitido na UTI com quadro de insuficiência respiratória aguda secundária a trauma de tórax com contusão pulmonar. Evoluiu com pneumotórax efetivamente drenado, apresentando borbulhamento de ar pela drenagem em selo d'água, ao longo de todo o ciclo respiratório. A curva de volume corrente *versus* tempo é mostrada abaixo, enquanto o paciente se encontrava em modo de ventilação ciclada a volume (VCV).



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 1)

A conduta, quanto a ventilação mecânica, que deve ser tomada nesse momento é:

- A) manter modo VCV, aumentando o volume corrente.
  - B) trocar o modo para ventilação pressão controlada, PCV.
  - C) trocar o modo para ventilação com pressão de suporte, PSV.
  - D) elevar a PEEP garantindo expansão pulmonar, independente do modo utilizado.
03. Um paciente de 25 anos foi admitido na UTI, após sofrer um politraumatismo com fraturas em membros superiores e inferiores e de arcos costais. Evoluiu com necessidade de intubação traqueal por rebaixamento do sensório por choque hipovolêmico e também por traumatismo cranioencefálico. No quarto dia de admissão, apresentou hipotensão e piora da oxigenação não responsivas à infusão de volume com cristaloides, necessitando de infusão de drogas vasoativas. Sua pressão venosa central se elevou para 25cmH<sub>2</sub>O e a SvO<sub>2</sub> se reduziu de 71% para 59%. Um ecodoplercardiograma mostrou uma pressão arterial pulmonar sistólica estimada em 90mmHg. O paciente seguia sedado e em ventilação controlada e sua gasometria arterial atual *versus* a do dia anterior revelou: pH: 7,30 *versus* 7,40; PaCO<sub>2</sub>: 50 *versus* 40mmHg; PaO<sub>2</sub>: 60 *versus* 95mmHg; SaO<sub>2</sub>: 88% *versus* 97% com a mesma FiO<sub>2</sub> de 30%. Que exame complementar pode confirmar o diagnóstico mais provável para explicar o quadro do paciente?
- A) Cintilografia pulmonar de ventilação e perfusão.
  - B) Ecodoplercardiograma com bolhas.
  - C) Dosagens de D-dímero e pró-BNP.
  - D) Angiotomografia de tórax.

**04.** Um médico titulado em terapia intensiva está de plantão e é chamado pelo chefe da emergência para ajudá-lo a decidir qual, entre dois pacientes que se encontram na emergência, deve ser admitido prioritariamente na sua unidade de terapia intensiva que conta com 10 leitos, sendo 9 atualmente ocupados com pacientes graves. Os dois casos são apresentados abaixo: 1- Mulher de 67 anos com CA de ovário disseminado, já tendo feito tratamento quimioterápico prévio sem sucesso, encontra-se em anasarca e insuficiência renal com possível indicação de diálise, que foi intubada na emergência por edema agudo de pulmão, encontra-se em ventilação mecânica há cerca de 36h e em uso de drogas vasoativas devido a um quadro de choque. 2 - Mulher de 76 anos com DPOC leve, seguia em acompanhamento ambulatorial estável com terapia inalatória, admitida há cerca de 6 horas em insuficiência respiratória aguda por exacerbação infecciosa e broncoespasmo com indicação inicial de ventilação não-invasiva como suporte ventilatório e oxigenoterapia.

Quanto ao posicionamento do médico intensivista em relação à situação, levando-se em conta a resolução do Conselho Federal de Medicina que estabelece os critérios de admissão e alta em UTI (RESOLUÇÃO CFM N° 2.156/2016), ele deve:

- A) delegar a decisão ao chefe da emergência por ser o responsável direto por esse setor do hospital.
- B) indicar prioridade para a paciente do caso 2 ante as maiores chances de recuperação da mesma.
- C) indicar prioridade para a paciente do caso 1, por ter sido admitida há mais tempo e estar mais grave.
- D) admitir a paciente do caso 1 e transferir de imediato um paciente da UTI para enfermaria, liberando um leito para a paciente do caso 2.

**05.** Homem de 72 anos chegou à emergência com quadro de dispneia e febre sendo diagnosticado pneumonia. Apresentava frequência respiratória de 33irpm, usando musculatura acessória e uma gasometria arterial com pH: 7,46; PaCO<sub>2</sub>: 35mmHg; PaO<sub>2</sub>: 70mmHg e SaO<sub>2</sub>: 97% com uma máscara de Venturi com FiO<sub>2</sub> de 50% e achava-se orientado e alerta. Foi tentado suporte com ventilação não invasiva (VNI) por máscara oronasal com ventilador mecânico ajustado em modo VNI com IPAP: 16cmH<sub>2</sub>O e EPAP: 10cmH<sub>2</sub>O e FiO<sub>2</sub>: 50%. Após uma hora, o paciente apresentava: persistência da dispneia, frequência respiratória de 35 irpm, tiragem intercostal, e uma nova gasometria em VNI evidenciava: pH: 7,48; PaCO<sub>2</sub>: 33mmHg; PaO<sub>2</sub>: 66mmHg e SaO<sub>2</sub>: 97% com uma FiO<sub>2</sub> de 50%. Diante do quadro do paciente, qual a conduta mais apropriada quanto ao suporte respiratório?

- A) Intubar o paciente.
- B) Elevar FiO<sub>2</sub> para 70%.
- C) Elevar a EPAP para 14cmH<sub>2</sub>O.
- D) Elevar a IPAP para 20cmH<sub>2</sub>O.

**06.** Mulher de 33 anos chegou à emergência alerta, orientada com queixas de tosse, expectoração amarelada e dispneia há 3 dias. Ao exame físico, apresenta uma frequência respiratória de 32 irpm, PA: 120x75 mmHg, pulso: 120 ppm. O raio-x de tórax evidenciou opacidade em lobo inferior esquerdo com broncograma aéreo. O hemograma mostrou: Hb: 10,2g/dl; Ht: 30%; Leucócitos: 3.600/mm<sup>3</sup>, com 30% de bastões e plaquetas: 95.000/mm<sup>3</sup>. Outros exames: Creatinina: 0,9g/dl, Ureia: 55mg/dl, Proteína C-reativa 9,5mg/dl (normal até 1,5mg/dl). A SpO<sub>2</sub> era de 90% em ar ambiente. Qual a conduta mais recomendável quanto à indicação do local preferencial para tratamento da paciente?

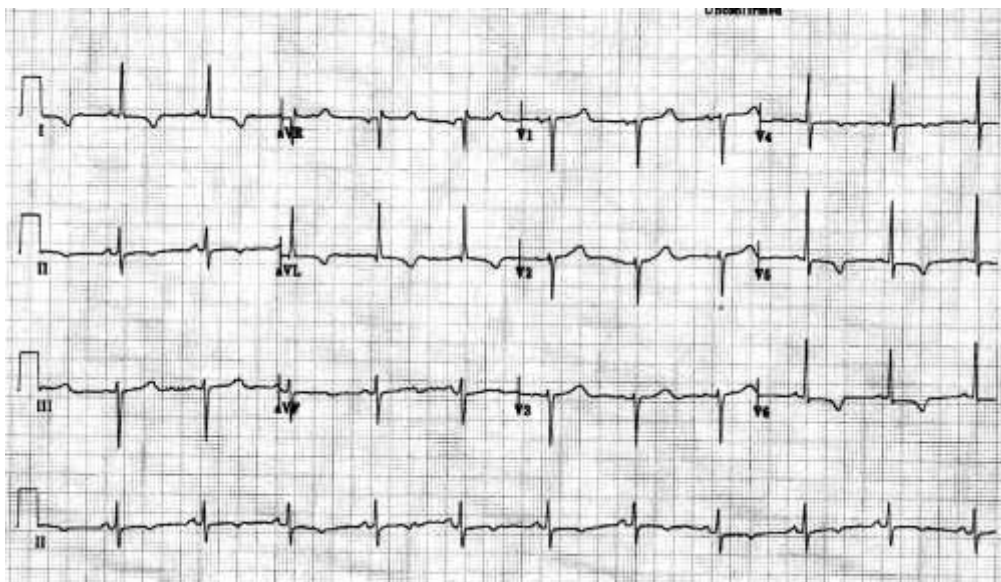
- A) Observação na emergência.
- B) Internação em enfermaria.
- C) Tratamento ambulatorial.
- D) Internação em UTI.

**07.** Um paciente masculino de 25 anos encontra-se em internamento prolongado por lesão por arma branca em abdômen com múltiplas abordagens cirúrgicas. Evoluiu com necessidade de traqueostomia e vem fazendo uso de nutrição parenteral total há três semanas, além de tratamento para infecção de foco abdominal com meropenem, teicoplanina, polimixina B. Há dois dias, vem apresentando febre recorrente que evoluiu para instabilidade hemodinâmica não responsiva à volume com indicação de vasopressor. Tem cultura prévia positiva em aspirado traqueal para *Candida krusei*. Apresenta esporos de leveduras no sumário de urina, creatinina: 1,5g/dl. Qual medicação deve ser iniciada?

- A) Itraconazol.
- B) Fluconazol.
- C) Micafungina.
- D) Anfotericina B deoxicolato.

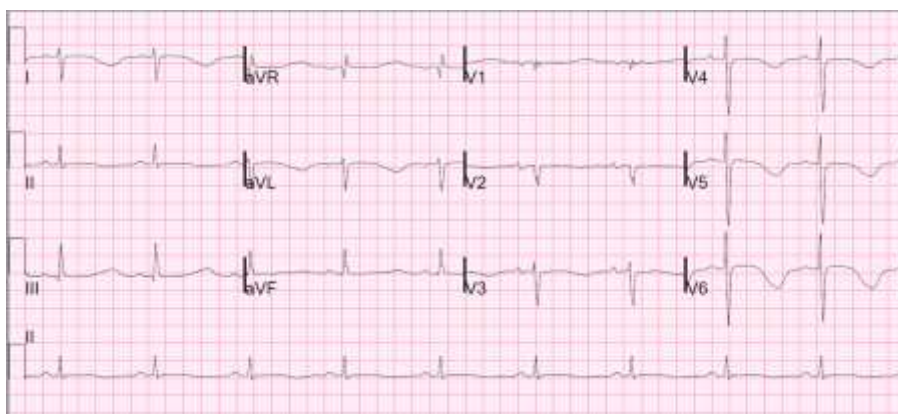
08. Um bombeiro de 30 anos é trazido ao serviço de emergência por ter sido encontrado desorientado na cena de um incêndio cerca de 10 minutos após seu último contato. Foi socorrido recebendo oxigênio a 100% em máscara com reservatório e infusão venosa com solução salina. Apresentou um episódio emético durante transporte e queixava-se de náuseas e cefaleia ao chegar. Sinais vitais com PA: 130 x 86mmHg, pulso: 112 bpm, frequência respiratória de 24rpm e SpO<sub>2</sub> de 100%. Gasometria arterial (em uso de máscara de oxigênio) com pH: 7,49; PCO<sub>2</sub>: 31mmHg; PO<sub>2</sub>: 476mmHg; HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 23mEq/dL; SatO<sub>2</sub>: 100% e carboxihemoglobina de 18%. Qual terapêutica deve ser realizada?
- A) Ácido ascórbico.
  - B) Azul de metileno.
  - C) Oxigênio a 100%.
  - D) Bicarbonato de sódio.
09. Um diabético tipo 2, de 55 anos, internado para tratamento de pé diabético, evoluiu no décimo dia com episódio febril abrupto, alterações do comportamento e agitação. No dia seguinte, apresentou rebaixamento do nível de consciência necessitando de intubação. Foi realizada punção lombar e o espectro antimicrobiano ampliado para meropenem, vancomicina e associado aciclovir. Líquor: proteínas 88mg/dL, glicose 120mg/dL e celularidade de 188 com predomínio linfomononuclear. Glicemia capilar no momento da punção 178mg/dL. Ressonância magnética de crânio demonstrou edema e hipersinal em lobo temporal esquerdo. Foi admitido em UTI e após 2 dias decidiu-se por nova punção lombar. Nesse momento, qual exame diagnóstico no líquido, direcionado ao agente etiológico mais provável, apresentaria melhor rendimento para definição diagnóstica?
- A) Gram.
  - B) PCR.
  - C) Cultura.
  - D) Sorologia.
10. Homem de 49 anos encontra-se na UTI há 4 dias devido a choque séptico por pneumonia, após libação alcoólica. O choque foi compensado e o quadro infeccioso encontra-se sob aparente controle. Desde a admissão, segue sedado com propofol e remifentanil e cisatracúrio IV, todos por infusão contínua, para adaptação à ventilação mecânica protetora por ter desenvolvido SARA grave. Voltou a apresentar hipotensão arterial (PA:100x65mmHg) com ECG mostrando alargamento de QRS e algumas extrassístoles ventriculares. A gasometria arterial do dia mostrava pH: 7,27; PaCO<sub>2</sub>: 25mmHg, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 11mEq/l com aumento do anion *gap*, sendo que há 48 horas não apresentava tais alterações. Outros exames: creatinina: 2,9mg/dl *versus* 1,1mg/dl basal; CPK: 450U/l *versus* 60U/l à admissão; troponina: normal, K<sup>+</sup>: 5,1mEq/l *versus* 3,5mEq/l dia anterior, Na<sup>+</sup>: 140mEq/l, ureia: 75mg/dl, com hemograma normal e valores de Proteína-C reativa em queda em relação à admissão. Não houve piora do quadro pulmonar. A alteração de exame complementar que pode auxiliar no diagnóstico da provável causa do quadro apresentado pelo paciente é a elevação da dosagem de:
- A) aldolase.
  - B) triglicérides.
  - C) procalcitonina.
  - D) fosfatase alcalina.
11. Homem de 75 anos encontra-se na UTI devido a acidente vascular cerebral isquêmico e coma com necessidade de intubação traqueal há 3 dias. Na visita beira-leito foi constatado surgimento de secreção purulenta na aspiração traqueal, febre (38,4 °C) e necessidade de aumento da FiO<sub>2</sub> (de 25 para 50% para manter uma SpO<sub>2</sub> entre 94-96%). O raio-X de tórax do dia mostrava opacidades intersticiais e alveolares no 1/3 inferior do campo pulmonar direito tendo um exame normal à admissão. Uma amostra de secreção traqueal foi enviada para cultura de microorganismos. Quanto à tomada de decisão sobre antibioticoterapia para este paciente, qual conduta é a mais recomendável?
- A) Iniciar de imediato antibioticoterapia de amplo espectro.
  - B) Solicitar dosagem de procalcitonina antes de decidir pelo início de antibioticoterapia.
  - C) Aguardar resultado de cultura de secreção traqueal. Se positiva, iniciar esquema para germes isolados.
  - D) Checar valores de Proteína-C reativa e leucograma em relação ao basal para decidir início de antibioticoterapia.

12. Um hipertenso e diabético de 68 anos compareceu ao serviço de emergência após episódio de dor retroesternal associada a sudorese e dispneia que se iniciaram há cerca de 1 hora, após um forte abalo emocional, e que duraram aproximadamente 30 minutos, sem melhora rápida com uso de nitrato sublingual. Apresentou sintomatologia semelhante no dia anterior, a qual melhorou com uso de nitrato sublingual em cerca de 15 minutos. É fumante de cerca de 20 cigarros por dia. Sinais vitais com PA: 146 x 96mmHg, pulso: 88bpm, frequência respiratória: 20rpm e SpO<sub>2</sub> de 96%. Ao exame, apresenta ausculta cardíaca com quarta bulha e hiperfonese de segunda bulha. Sopro sistólico 2+ em foco mitral. Ausculta pulmonar com discretas crepitações basais. Realizou ECG (anexado) e teve dosagem de troponinas normais. Faz uso de antihipertensivos, insulina, hipoglicemiantes orais, ácido acetil-salicílico e hipolipemiantes. Atualmente encontra-se sem dor.



Qual a conduta a ser tomada nesse momento?

- A) Cateterismo.
  - B) Tenecteplase + ticagrelor.
  - C) Enoxaparina + clopidogrel.
  - D) Fondaparinux + epifitibatide.
13. Paciente de 50 anos, com história de dor abdominal e aumento das enzimas pancreáticas, foi internado na UTI devido acidose metabólica e hipotensão. Após estabilizado, evoluiu cerca de 48 horas depois da admissão com parestesias em região perioral e contraturas tônicas e dolorosas de mãos e punhos. Nessa ocasião, realizou o ECG abaixo.



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 2)

A conduta mais adequada nesse momento é:

- A) repor bicarbonato de sódio.
- B) infundir solução polarizante.
- C) administrar gluconato de cálcio.
- D) iniciar suplementação com vitamina B1.

14. Homem de 70 anos, com antecedente de DPOC e infecção respiratória, foi internado na UTI por choque séptico e insuficiência respiratória. Fez reposição volêmica e está agora, após 36 horas da admissão hospitalar, em uso de noradrenalina na dose de 0,4mcg/kg/min para manter uma pressão arterial média de 65mmHg. O débito urinário está de 0,5ml/Kg/h nas últimas seis horas e a amostra do sangue arterial revelou nesse momento o lactato arterial de 1,9mmol/L, o bicarbonato de 26mEq/L, pH de 7,35 e PCO<sub>2</sub> de 50mmHg. Ao exame, não foram ouvidos ruídos hidroaéreos. Quanto à terapia nutricional, é recomendado, nesse momento:
- A) iniciar dieta polimérica por via enteral.
  - B) iniciar terapia nutricional parenteral exclusiva.
  - C) nutrir com dieta enteral trófica utilizando glutamina.
  - D) manter jejum enteral e solução glicosada por via intravenosa.
15. Mulher de 45 anos, hipertensa e tabagista, apresentou cefaleia de início súbito, de grande intensidade, seguida de perda da consciência. Chegou à emergência com escala de coma de Glasgow de 14, tendo perdido ponto na abertura ocular e com déficit motor focal leve à esquerda. A tomografia de crânio revelou sangramento difuso em espaço subaracnoide e coágulo intraparenquimatoso à direita. Com esse quadro, foi admitida na UTI onde chegou com PA de 170x100mmHg. Nesse momento, que medida é a mais recomendada como profilaxia de complicações?
- A) Esmolol 500mcg/kg IV em bolus, seguido de 50mcg/kg/minuto.
  - B) Terapia dos 3-H (hipervolemia, hemodiluição e hipertensão).
  - C) Manitol a 20% IV na dose de 10mL/kg em 30 minutos.
  - D) Nimodipina 60mg de 4 em 4 horas por via enteral.
16. Homem de 70 anos, pesando 65Kg, sem doenças prévias e em quimioterapia para neoplasia de pulmão, evoluiu com rebaixamento do nível de consciência, sendo trazido para emergência. Ao exame, estava hidratado, com PA de 140x80mmHg e diurese concentrada. Os exames revelaram um sódio de 113mEq/L (135 a 145mEq/L), creatinina de 0,5mg/dL (0,7 a 1,3mg/dL) e ácido úrico de 2,3mg/dL (3,4 a 7,0mg/dL). A glicemia capilar estava normal e exames de rotina colhidos há cerca de dois dias revelavam sódio sérico normal. A conduta mais adequada nesse momento é:
- A) administrar spray de desmopressina por via nasal.
  - B) repor volemia com solução de Ringer com lactato.
  - C) infundir cloreto de sódio 3% na vazão de 200m/h em 3 horas.
  - D) infundir cloreto de sódio 3% com aumento de sódio de 0,5mEq/L/h em 24 horas.
17. Jovem de 22 anos, vítima de queda de moto sem capacete, evoluiu com lesão axonal difusa e, em seguida, morte encefálica. No momento, mantendo pressão arterial com noradrenalina em dose baixa e sob ventilação mecânica com FiO<sub>2</sub> de 25% para manter PaO<sub>2</sub> de 100mmHg. Quanto aos cuidados ventilatórios com esse potencial doador, devemos:
- A) ajustar pressão expiratória final entre 5 e 7mmHg.
  - B) instilar líquido surfactante através da cânula traqueal.
  - C) manter volume corrente de 8 a 10ml/Kg de peso ideal.
  - D) realizar manobra de recrutamento alveolar após teste da apneia.
18. Mulher de 41 anos, nulípara na 32ª semana de gestação, procurou a emergência com náuseas, calafrios e dor lombar. Ao exame, estava pálida, taquicárdica, com PA de 140 x 90mmHg e edema de tornozelos com presença de cacifo (+/4). Os exames laboratoriais revelaram uma hemoglobina de 9g/dL, leucograma com 11.500/mm<sup>3</sup>, plaquetas de 110.000/mm<sup>3</sup>, TGO: 55U/L (valor de referência: 5 a 40U/L) e TGP: 65U/L (valor de referência: 7 a 56U/L). Havia colhido sumário de urina há 2 dias que revelou leucocitúria e proteinúria de 150mg/24 horas. Nesse caso, a conduta mais adequada é:
- A) antibioticoterapia direcionada na primeira hora.
  - B) hidralazina em infusão contínua intravenosa.
  - C) transfusão de plaquetas e retirada do feto.
  - D) pulsoterapia com corticoide intravenoso.

19. Paciente com hepatopatia crônica foi internado no hospital devido sonolência e, no dia seguinte, precisou ser admitido na UTI com piora do padrão neurológico, sendo nessa ocasião intubado, mantido sob ventilação mecânica. Realizou tomografia de crânio que revelou edema cerebral difuso e punção lombar normal. Após cinco dias de ventilação mecânica, apresentou febre e aumento da secreção brônquica com raias de sangue durante a aspiração, porém sem piora hemodinâmica. Foram solicitados exames que revelaram Hb: 9,5g/dL, leucócitos de 15.000/mm<sup>3</sup>, contagem de plaquetas com 40.000/mm<sup>3</sup>, RNI de 1,8 e TTPa normal, sendo esses semelhantes ao da admissão. Irá realizar broncoscopia com lavado broncoalveolar para esclarecimento diagnóstico.

Quanto a conduta transfusional desse paciente, deve-se:

- A) transfundir concentrado de hemácias para manter Hb acima de 10d/dL.
- B) transfundir profilaticamente plaquetas para realização da broncoscopia.
- C) administrar crioprecipitado devido provável coagulação intravascular disseminada.
- D) administrar plasma fresco devido hepatopatia crônica e sangramento ativo por via aérea.

20. Paciente no pós-operatório de laparotomia exploradora por abdome agudo foi trazido para UTI. Está ainda sob ventilação mecânica e em uso de noradrenalina, como monitorização hemodinâmica através de catéter arterial, catéter venoso central e sonda vesical com sistema coletor fechado. Encontra-se sem sedação no momento, sob ventilação mecânica no modo ventilação com pressão de suporte, com volume corrente de 6mL/Kg, PEEP de 10mmHg e com extrassístoles ventriculares frequentes. Qual a melhor estratégia para avaliar a responsividade a fluidos, nesse paciente?

- A) Variação do volume sistólico, durante ciclo respiratório.
- B) Variação da pressão de pulso, durante ciclo respiratório.
- C) Variação da pressão venosa central, após provas de volume.
- D) Variação do débito cardíaco, após elevação passiva das pernas.