



PROGRAMA ANOS ADICIONAIS: MEDICINA INTENSIVA

ESPECIALIDADE: Medicina Intensiva (R3) - Área de Atuação em Nutrição Enteral e Parenteral

Prezado(a) Participante,

Para assegurar a tranquilidade no ambiente de prova, 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. A Folha de Respostas do participante será disponibilizada em sua área individual na data estabelecida no Anexo II, conforme subitem 8.13 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.

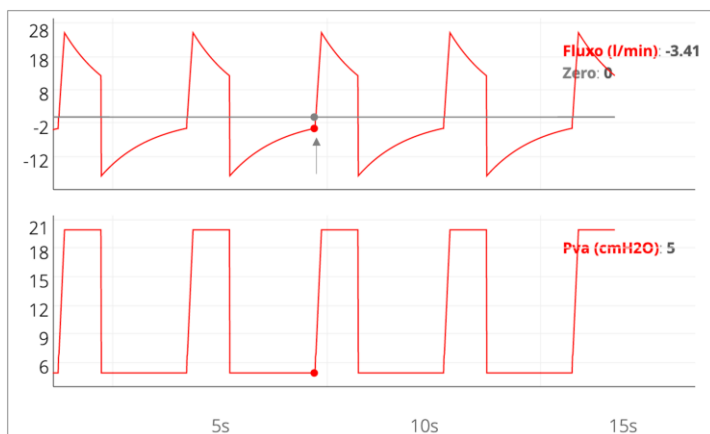
Boa prova!

Fortaleza, 02 de novembro de 2022.

Inscrição

Sala

01. Mulher, 59 anos, com antecedentes de asma, foi submetida a extensa cirurgia para ressecção de neoplasia gástrica. No pós-operatório, o médico plantonista chamou a atenção para os achados nas curvas da tela do ventilador mecânico, como mostra a figura abaixo. Encontrava-se em modo pressão controlada (PCV) com PEEP de 5cmH₂O, ainda sob efeitos anestésicos e sem uso aparente de musculatura respiratória.



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

Diante do quadro fisiopatológico da mecânica respiratória, qual das condutas abaixo seria mais eficiente para revertê-lo ou atenuá-lo?

- A) Reduzir a PEEP externa.
 B) Aumentar o tempo inspiratório.
 C) Aumentar a pressão aplicada acima da PEEP.
 D) Reduzir a frequência respiratória programada.
02. Homem de 46 anos, 1,70m, 110kg, foi admitido com COVID-19 necessitando intubação traqueal há 24h. Após otimização de parâmetros ventilatórios, foi colhida uma gasometria arterial (abaixo) na posição supina com FIO₂ 50%, PEEP 13cmH₂O com um volume corrente ajustado em 6ml/kg de peso ideal. A pressão de pausa inspiratória era de 27cmH₂O.

pH	7.31	PaO ₂	70
PaCO ₂	50	SaO ₂	92
HCO ₃ ⁻	25		
BE	0		

Ante o quadro, qual a melhor conduta a ser tomada quanto a adoção ou não de posição prona?

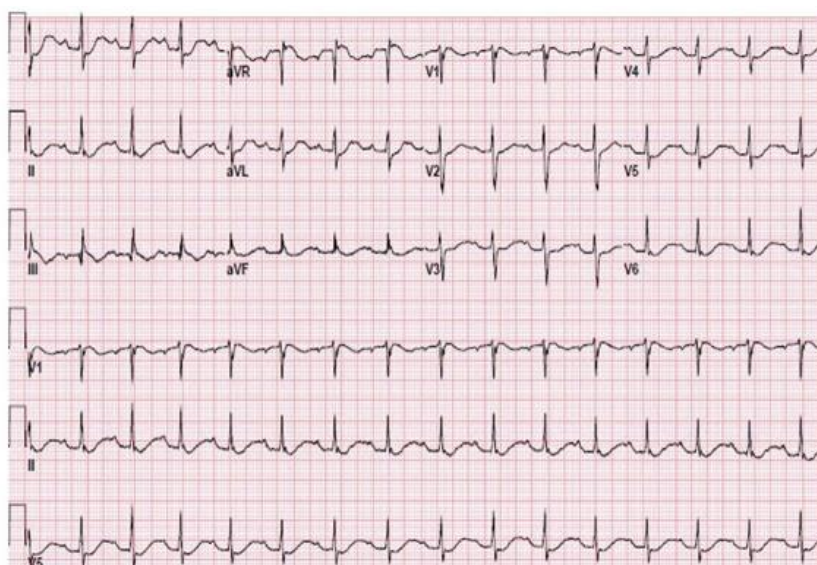
- A) Adotar a posição prona por 12h.
 B) Adotar a posição prona por 16h.
 C) Contraindicar a posição prona ante o fato do paciente ser obeso.
 D) Contraindicar a posição prona ante uma oxigenação satisfatória para o quadro do paciente.
03. Paciente transplantado renal encontra-se na UTI sob ventilação mecânica devido a pneumonia. Está em uso prolongado de antibióticos de amplo espectro. Há três dias, apresenta diarreia líquida, cerca de cinco episódios ao dia. Está sem drogas vasoativas e os exames laboratoriais evidenciam leucócitos de 17000/mm³ e creatinina 1,7mg/dl. A pesquisa de toxina B do *Clostridioides difficile* foi positiva. Qual antibioticoterapia inicial deve ser instituída?
- A) Vancomicina 125mg por via enteral 6/6h.
 B) Metronidazol 500mg por via enteral 8/8h.
 C) Metronidazol 500mg por via endovenosa 8/8h.
 D) Vancomicina 500 mg por via endovenosa de 6/6h.

- 04.** Homem de 62 anos encontra-se na UTI, no terceiro dia pós-operatório de laparotomia exploradora por obstrução intestinal, devido a hérnia inguinal encarcerada. Vem evoluindo com distensão abdominal, apesar do uso de procinéticos orais. O raio X simples de abdome revelou distensão de cólon e ausência de distensão de delgado. A medida da pressão intra-abdominal foi de 14mmHg. Quanto ao uso de neostigmine para o tratamento deste paciente, pode-se dizer que é:
- A) proscrito, pois a distensão é apenas de cólon.
 - B) contraindicado, devido a presença de hipertensão intra-abdominal.
 - C) indicado, pois há distensão de cólon não responsiva às medidas iniciais.
 - D) adequado, devendo ser a primeira escolha para estimular motilidade intestinal.
- 05.** A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional foi acionada para avaliar um paciente de 60 anos, no quarto dia de internamento na UTI, devido a pós-operatório de laparotomia exploradora por apendicite grau IV. O mesmo encontra-se com níveis pressóricos normais sem drogas vasoconstritoras, em uso de sonda nasogástrica aberta devido resíduo gástrico volumoso, com abdome distendido e em jejum desde a cirurgia. Após a avaliação, a equipe indicou a terapia nutricional com nutrição parenteral total. Qual deve ser a oferta inicial diária de calorias totais e de aminoácidos em gramas para esse paciente?
- A) 15 kcal/kg e 1,5 g/kg.
 - B) 25 kcal/kg e 2,5 g/kg.
 - C) 30 kcal/kg e 3,0 g/kg.
 - D) 35 kcal/kg e 3,5 g/kg.
- 06.** Mulher de 51 anos internada na UTI, com quadro de pancreatite aguda grave, apresentou intolerância à dieta via oral. Foi avaliada pela EMTN (Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional), sendo indicada terapia nutricional por sonda enteral. Inicialmente, em qual posição deve ser colocada a sonda enteral e qual tipo de fórmula de dieta enteral deve ser prescrita?
- A) Sonda enteral em posição gástrica e fórmula semielementar.
 - B) Sonda enteral em posição jejunal e fórmula semielementar.
 - C) Sonda enteral em posição gástrica e fórmula polimérica.
 - D) Sonda enteral em posição jejunal e fórmula polimérica.
- 07.** Jovem de 20 anos deu entrada na emergência com frequência cardíaca de 110bpm, PA: 110x70mmHg, frequência respiratória 24irpm, de início há 48 horas, com piora progressiva. Nega febre, queixas abdominais, urinárias, tosse ou cefaleia. Ao exame físico, ausculta respiratória sem alterações. Nega uso de medicamentos, exceto contraceptivo oral. Exames laboratoriais revelaram hipoxemia na gasometria, sem alterações no lactato. Nesse caso, a conduta quanto à realização de exames e antibioticoterapia é:
- A) Coletar hemocultura, duas amostras, e iniciar antibioticoterapia endovenosa na primeira hora.
 - B) Coletar hemocultura, duas amostras, e iniciar antibioticoterapia endovenosa nas três primeiras horas.
 - C) Realizar raio X de tórax e coleta de hemograma, PCR e sumário de urina e iniciar antibioticoterapia endovenosa na primeira hora, antes dos resultados.
 - D) Realizar raio X de tórax e coleta de hemograma, PCR e sumário de urina e iniciar antibioticoterapia endovenosa nas primeiras três horas a depender dos resultados.
- 08.** Homem de 35 anos (70kg) admitido na emergência com queixa de tosse com expectoração amarelada, há 03 dias, associada a febre de 39 graus, persistente, apesar de uso de antitérmicos de horário. Ao exame, apresentando queda do estado geral, desidratação +2/+4, febril ao toque, FC: 122bpm, FR 26irpm, PA 80x40mmHg e temperatura axilar de 37,8°C, glicemia capilar de 196mg/dl, SpO₂: 90% em ar ambiente, tempo de enchimento capilar de 6 segundos e ausculta pulmonar com presença de crepitações em base de hemitórax direito. Os exames complementares iniciais revelaram uma hemoglobina de 9,2g/dl e radiografia de tórax com a presença broncograma aéreo em lobo inferior de pulmão direito. Foi aberto protocolo Sepsis na emergência e realizada infusão venosa de 1000ml da solução cristalóide Ringer com lactato. Quanto à estabilização hemodinâmica, a conduta mais adequada na sequência é:
- A) Iniciar noradrenalina em acesso periférico e manter expansão com cristalóide.
 - B) Manter expansão com cristalóide e solicitar transfusão de concentrado de hemácias.
 - C) Solicitar transfusão de concentrado de hemácias e iniciar dobutamina em acesso periférico.
 - D) Iniciar dobutamina em acesso periférico e solicitar acesso central para monitorização hemodinâmica.

09. Homem de 35 anos, com diagnóstico de hepatite auto-imune, vem evoluindo com icterícia progressiva e alteração do sensório há duas semanas. Estava internado na enfermaria, porém evoluiu com encefalopatia grau IV, sendo entubado e encaminhado para a UTI. No momento da admissão nesta unidade, encontrava-se com PAM 50mmHg e pupilas midriáticas. Qual medida de suporte está indicada neste momento?

- A) Infundir terlipressina para aumentar os níveis pressóricos.
- B) Iniciar anticonvulsivante para prevenir eventos convulsivos.
- C) Utilizar PEEP baixa para não comprometer o retorno venoso cerebral.
- D) Administrar lactulose por sonda enteral para melhorar o quadro de encefalopatia.

10. Idosa de 74 anos, internada por doença de Alzheimer em fase avançada devido a pneumonia aspirativa. Vinha evoluindo nos últimos 6 meses com disfagia importante e perda de peso. Na avaliação inicial, foi evidenciado um IMC de 18Kg/m^2 , sendo prescrito soro glicosado e iniciada dieta enteral polimérica através de sonda em posição gástrica. No segundo dia de internamento, foi atingida a meta calórica e proteica estabelecida, e a mesma passou a apresentar rebaixamento do nível de consciência, fraqueza muscular, edema periférico e distensão abdominal. Os níveis pressóricos estavam normais, diurese nas fraldas, e o ECG realizado encontra-se abaixo.

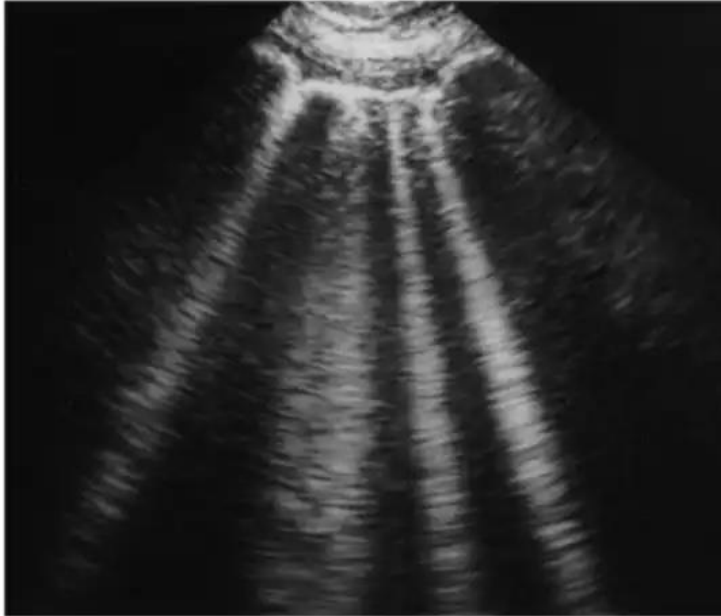


Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 2)

Qual conduta mais adequada neste momento?

- A) Aumentar a infusão intravenosa de soro glicosado.
 - B) Prescrever tiamina intravenosa e reposição de potássio.
 - C) Prescrever furosemida intravenosa e procinético por via enteral.
 - D) Aumentar a oferta calórica e proteica além da meta estabelecida.
11. Idoso de 68 anos foi internado na enfermaria de cirurgia com quadro de dor abdominal em cólica, vômitos e constipação há 5 dias. Referiu, entretanto, eliminação de flatus. Ao exame físico, foi evidenciada distensão abdominal com cicatriz cirúrgica mediana, murmúrios hidroaéreos presentes e aumentados, com sons metálicos e timpanismo difuso à percussão. Toque retal sem fezes na ampola, sem sangue no dedo de luva. Foi indicada então passagem de sonda nasogástrica e manutenção da mesma aberta sob gravidade, além de nutrição parenteral total. O cirurgião puncionou o acesso venoso central em via femoral direita, após o preparo da pele no sítio de punção com clorexidina em solução alcoólica, com tempo de aplicação da mesma por 30 segundos, além da paramentação completa com avental e luvas estéreis, e colocação dos campos cirúrgicos. Quanto à conduta do cirurgião para prevenção de infecção de corrente sanguínea relacionada ao cateter venoso central, podemos considerar que ela que foi:
- A) Adequada, pois todos os passos de antisepsia e assepsia foram cumpridos.
 - B) Inadequada, pois o acesso femoral é de alto risco para infecção de cateter.
 - C) Adequado, pois o acesso femoral é possível de ser usado para parenteral, desde que haja troca programada do sítio de punção.
 - D) Inadequada, pois ele deveria ter solicitado um banho para o paciente com solução de clorexidina antes da realização da punção.

12. Idosa de 74 anos, sem comorbidades prévias, peso atual de 70kg, chegou à emergência com hipótese diagnóstica de pielonefrite. Foi aberto protocolo sepse com infusão de 2100ml de cristalóide, ainda na emergência, intubada devido rebaixamento do nível de consciência e iniciado antibiótico endovenoso. Foi encaminhada à Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com Glasgow 14 (despertando ao chamado), em uso de noradrenalina 0,5mcg/kg/min, além de sonda vesical com débito urinário de 20ml na última hora. Os exames laboratoriais na UTI revelaram valor do lactato arterial semelhante ao colhido na emergência, com valor de 4,0 mmol/L, apesar de expansão volêmica, e uma hemoglobina de 7,5g/dL. Na admissão à UTI, foi realizada ultrassonografia na beira-leito e a imagem encontrada nos quadrantes superiores e inferiores de ambos os hemitoraxes segue abaixo.



Qual decisão deve ser tomada para o manejo do choque, nessa paciente?

- A) Iniciar infusão de inotrópico dobutamina.
 - B) Indicar a drenagem de pneumotórax hipertensivo.
 - C) Realizar nova expansão volêmica com cristalóide.
 - D) Prescrever transfusão de concentrado de hemácias.
13. Jovem de 23 anos, vítima de queda de moto sem capacete, trazido ao hospital pelo SAMU, já intubado (Glasgow: 6). Foi submetido à tomografia computadorizada de crânio, na admissão, que mostrava hemorragia subaracnoide traumática, linha média centrada e edema cerebral discreto. Foi transferido para UTI, em uso de sedação contínua (Escala de RASS -4), evoluiu com aumento da pressão arterial (PAM: 112mmHg), sem uso de droga vasoativa, e bradicardia (FC: 45bpm). Decidida a colocação de cateter para monitorização da pressão intracraniana (PIC). Considerando a precisão da mensuração e eventual necessidade de drenagem líquórica, qual o melhor local para o posicionamento do cateter de PIC, neste paciente?
- A) Parênquima encefálico.
 - B) Espaço subaracnoide.
 - C) Espaço subdural.
 - D) Intraventricular.
14. Puérpera, G2P2, encaminhada a UTI Materna após resolução da gestação com 36 semanas e 2 dias por doença hipertensiva iniciada com 23 semanas de gestação. Admitida à UTI em uso de sulfato de magnésio, com bom controle pressórico, mas referindo náuseas persistentes e dor em hipocôndrio direito. Apresentou teste rápido para proteinúria positivo (acima de 300mg/24h). Os exames de sangue mostravam Hb: 10 g/dL, leucometria: 10300 células/mm³, plaquetometria: 112000 células/mm³, com presença de esquizócitos no sangue periférico, TGO: 110 U/L e TGP: 160 U/L. Quanto ao quadro clínico desta paciente, qual o diagnóstico mais provável?
- A) Eclâmpsia.
 - B) Pré-eclâmpsia leve.
 - C) Síndrome HELLP.
 - D) Hipertensão crônica com emergência hipertensiva.

15. Mulher de 58 anos (Altura 1,50; Peso 100kg), portadora de neoplasia de pâncreas, foi admitida em Unidade de Terapia Intensiva por insuficiência respiratória aguda de forma súbita. Nega histórico de cirurgias recentes, acidentes vasculares cerebrais e doenças hemorrágicas. Na avaliação, está em estado geral comprometido, FC 122bpm PAM 60mmHg, em uso de noradrenalina em dose de 0,4mcg/kg/min, após infusão de 1000ml de cristalóide, temperatura axilar de 36°C, glicemia capilar de 204mg/dl, FR 24ipm, SpO₂: 92%, em uso da cânula nasal de alto fluxo, com fluxo de 30L/min e FiO₂: 60%, com tempo de enchimento capilar de 6 segundos. Realizou o exame de imagem abaixo.



Rev Port Cardiol. 2012;31:437-06

- Qual a conduta terapêutica mais indicada neste momento?
- A) Pericardiocentese.
 - B) Trombólise com rtPA.
 - C) Angioplastia coronariana com STENT.
 - D) Esmolol endovenoso e cirurgia de aorta.
16. Jovem de 23 anos, 67Kg, vítima de agressão física por arma branca em abdome, foi admitido com FC: 125bpm, PAM: 55mmHg, FR: 26rpm, ansioso, com queixas algícas. Segundo as recomendações de reposição volêmica do 10º Advanced Trauma Life Support (ATLS), qual a conduta inicial para reposição de fluidos, em conjunto com identificação do foco de sangramento?
- A) Punção de acesso venoso periférico, para administração imediata de 1000ml de cristalóides.
 - B) Punção de acesso venoso central de imediato, guiado por ultrassom, para administração de 1000ml de cristalóides.
 - C) Punção de acesso venoso central de imediato, guiado por ultrassom, para administração de 2000ml de cristalóides.
 - D) Punção de acesso venoso periférico, para administração de 2000ml cristalóides e solicitação de bolsa de sangue para transfusão.
17. Idosa, 71 anos, admitida na UTI após ser retirada de casa em chamas, pelo bombeiro, por provável acidente com vela. Ao exame, apresentava voz rouca, queimadura de toda a face e pescoço, fuligem na cavidade oral e escarro carbonáceo. Foi colocado cateter nasal com 3l/min na emergência (saturação de O₂ periférica de 94%) e encaminhada para UTI com estridor. Qual a melhor estratégia ventilatória para essa paciente?
- A) Ventilação não invasiva, com oferta de oxigênio a 100%, objetivando a troca de compostos tóxicos inalados.
 - B) Ventilação não invasiva, com fornecimento de pressão positiva alta, objetivando um efetivo recrutamento alveolar.
 - C) Intubação orotraqueal e iniciar ventilação mecânica com volume corrente alto buscando diminuir o nível de carboxihemoglobina.
 - D) Intubação orotraqueal e iniciar ventilação mecânica com pressão de platô menor ou igual a 30cmH₂O, buscando diminuir lesão pulmonar.

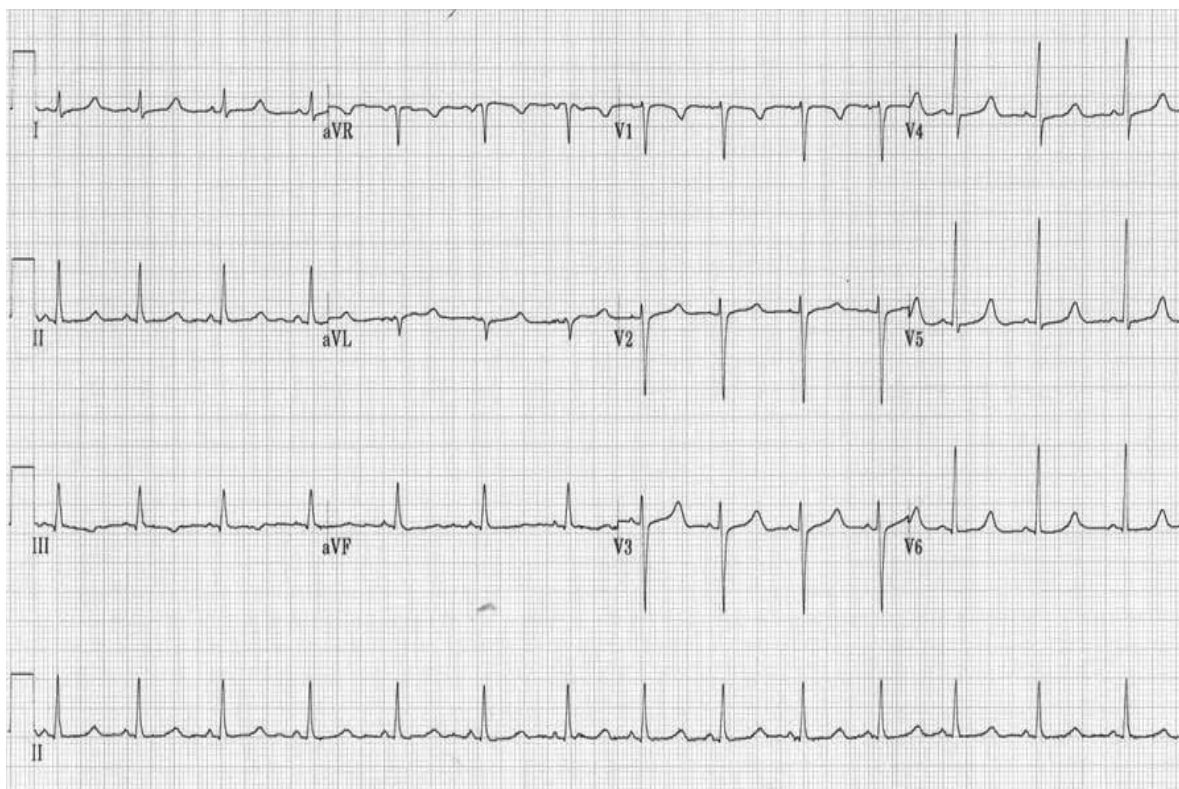
18. Paciente com história prévia de depressão, abuso de álcool e tentativas de autólises prévias, foi admitido na UTI após ter sido encontrado por familiares desacordado. No exame físico, apresentava pupilas puntiformes, frequência cardíaca de 38bpm e a presença de roncos e sibilos inspiratórios e expiratórios à ausculta pulmonar. Aspirada secreção clara e abundante de vias aéreas. Qual o provável diagnóstico e a terapêutica mais adequada neste momento?

- A) Intoxicação por organofosforado. Hemodiálise.
- B) Intoxicação por carbamato. Infusão venosa contínua de atropina.
- C) Intoxicação por antidepressivos tricíclicos. Hidratação venosa vigorosa.
- D) Intoxicação por álcool. Infusão de Tiamina endovenosa com ataque de 300mg.

19. Paciente, 34 anos, etilista, deu entrada na UTI devido convulsões tônicoclônicas reentrantes e rebaixamento do nível de consciência. Está sob ventilação mecânica (FiO₂ 30%), em uso de fentanil e propofol, RASS -5, evoluindo com oligúria, diurese de cor marrom avermelhada. Os exames da admissão mostravam: Hb: 10g/dl; leucometria: 16340células/mm³, plaquetometria: 231000células/mm³, Na⁺: 132mEq/L, K⁺ 4,8mEq/L, Mg²⁺ 2mEq/L, Ca²⁺: 1,31mEq/L, PO₄⁻ 6mEq/L, creatinina: 1,6mg/dl, ureia: 56mg/dl, CPK: 5421U/L, BT: 2,3mg/dl; gasometria arterial: pH: 7,34, HCO₃⁻ 20, pO₂: 150; pCO₂: 30; SatO₂ 99%. Neste caso, qual a melhor conduta inicial?

- A) Indicar hemodiálise de urgência.
- B) Iniciar irrigação vesical contínua.
- C) Realizar hidratação venosa vigorosa.
- D) Acionar equipe de transplante hepático.

20. Mulher de 60 anos, internada na sala de recuperação pós-anestésica, no pós-operatório imediato de tireoidectomia total por carcinoma anaplásico, evoluiu com parestesia perioral e em mãos, além de contrações involuntárias dolorosas em pés. Realizou eletrocardiograma abaixo:



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 3)

Diante desse quadro, qual a conduta inicial a ser tomada?

- A) Iniciar infusão de solução polarizante, devido a hiperpotassemia por manipulação operatória.
- B) Estimular diurese com furosemida endovenosa, devido a hipercalcemia paraneoplásica sintomática.
- C) Repor hormônio tireoidiano, devido a deficiência hormonal sintomática no pós-operatório imediato.
- D) Infundir gluconato de cálcio, devido hipocalcemia aguda secundária a retirada inadvertida das paratireoides.