



SURCE

SELEÇÃO UNIFICADA PARA RESIDÊNCIA
MÉDICA DO ESTADO DO CEARÁ

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015

CADERNO DE QUESTÕES

DATA: 16 DE NOVEMBRO DE 2014.

PROGRAMA COM PRÉ-REQUISITO: MEDICINA INTENSIVA

ESPECIALIDADE: Medicina Intensiva (R3)

Área de Atuação: 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 50 (cinquenta) 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 o Cartão-Resposta, confira os dados do cabeçalho. Havendo necessidade de correção de algum dado, chame o fiscal. Não use corretivo nem rasure o Cartão-Resposta.
05. A prova tem duração de **4 (quatro) horas** e o tempo mínimo de permanência em sala de prova é de **2 (duas) horas**.
06. É terminantemente proibida a cópia do gabarito.
07. Os participantes poderão solicitar cópia de seu Cartão-Resposta, digitalizado, conforme previsto no subitem 14.12 do Edital da SURCE.
08. Ao terminar a prova, não esqueça de assinar a Ata de Aplicação e o Cartão-Resposta no campo destinado à assinatura e de entregar o Caderno de Questões e o Cartão-Resposta ao fiscal de sala.

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

Boa prova!

Inscrição

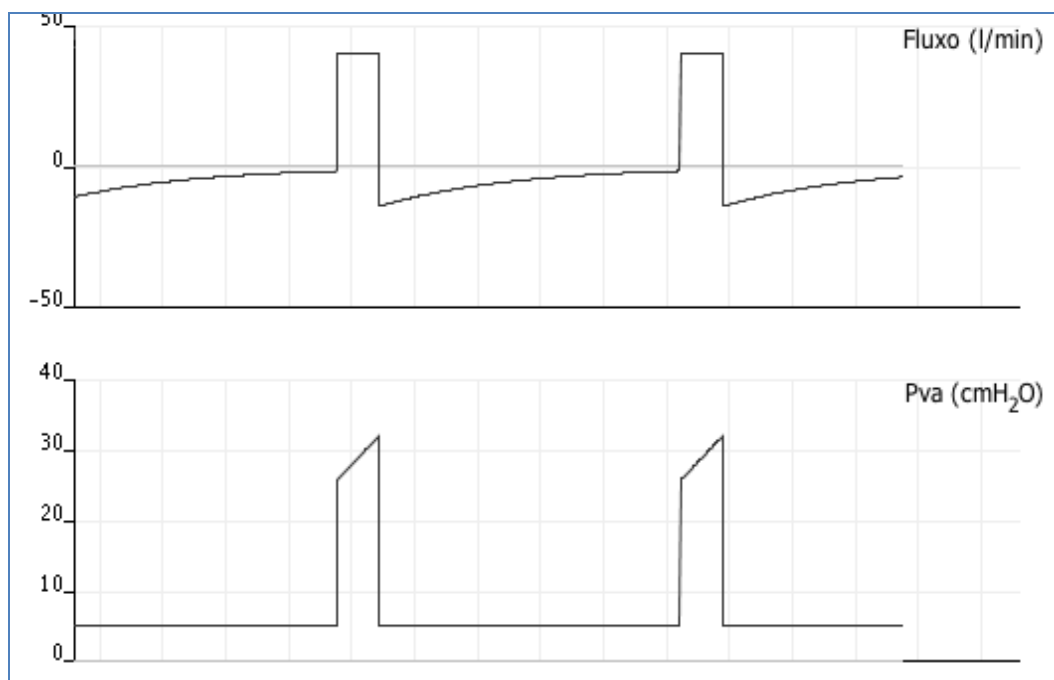
Sala

Seleção Residência Médica 2015

01. Um paciente de 76 anos, ex-fumante, foi admitido na emergência com pneumonia. Família relata que o mesmo recebeu o diagnóstico de demência há um ano e que nos últimos 5 meses vem apresentando piora do quadro, com flutuações de função cognitiva, muita dificuldade para expectorar e para deambular, e ainda episódios de engasgos às refeições. Encontra-se com abertura ocular somente ao estímulo doloroso, resposta verbal expressando sons incompreensíveis e resposta motora com retirada à dor. O reflexo de tosse encontra-se deprimido. A ausculta pulmonar revela crepitações grossas bilaterais, inspiratórias e expiratórias, difusas. Sua gasometria revela; pH:7,30, PaCO₂:50mmHg, PaO₂:95mmHg e SaO₂: 92% em uso de O₂ por máscara de Venturi a 50%, com frequência respiratória de 35 irpm, PA:170x90mmHg, FC:115 bpm. Qual a melhor conduta quanto ao tratamento da insuficiência respiratória desse paciente, dentre as opções abaixo?

- A) Ventilação não invasiva, em CPAP entre 8 a 10cmH₂O.
- B) Intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva.
- C) Ventilação não invasiva no modo BiPAP com FiO₂ ≥ 50%.
- D) Ventilação não invasiva no modo BiPAP com FiO₂ entre 30 a 40%.

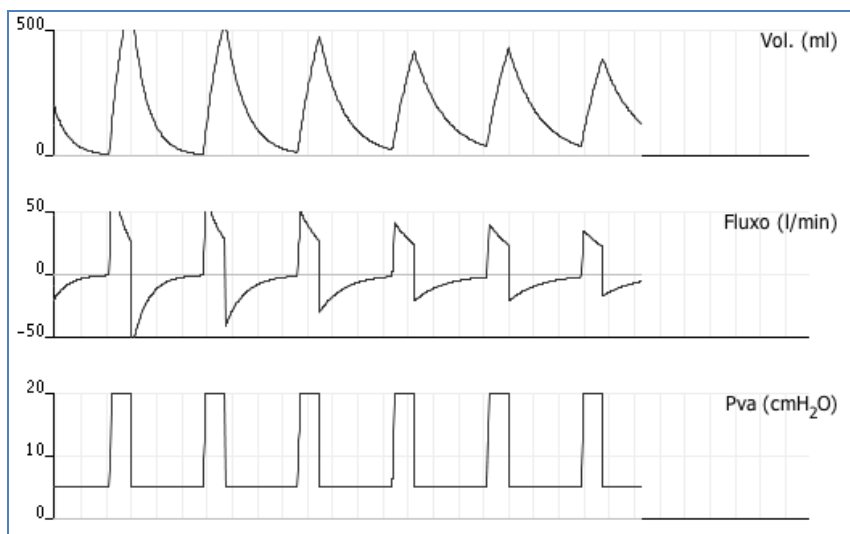
02. Paciente fumante, 63 anos, foi internado com quadro de traqueobronquite infecciosa e intubado ainda na sala de emergência devido a intenso desconforto torácico e hipoxemia. A gasometria arterial colhida após a intubação traqueal, enquanto o mesmo se encontrava no modo VCV, mostrava pH:7,23, PaCO₂:65mmHg, PaO₂:72mmHg, SaO₂: 92% e HCO₃⁻:26mEq/l com um volume corrente (VC) de 450ml (6ml/kg de peso ideal estimado) e frequência programada de 12 rpm com uma FiO₂ de 30%. As curvas de ventilação mecânica encontram-se na figura abaixo.



Que ajuste seria recomendável nos parâmetros ventilatórios?

- A) Nenhum.
- B) Aumentar o VC.
- C) Aumentar a PEEP.
- D) Aumentar a frequência respiratória.

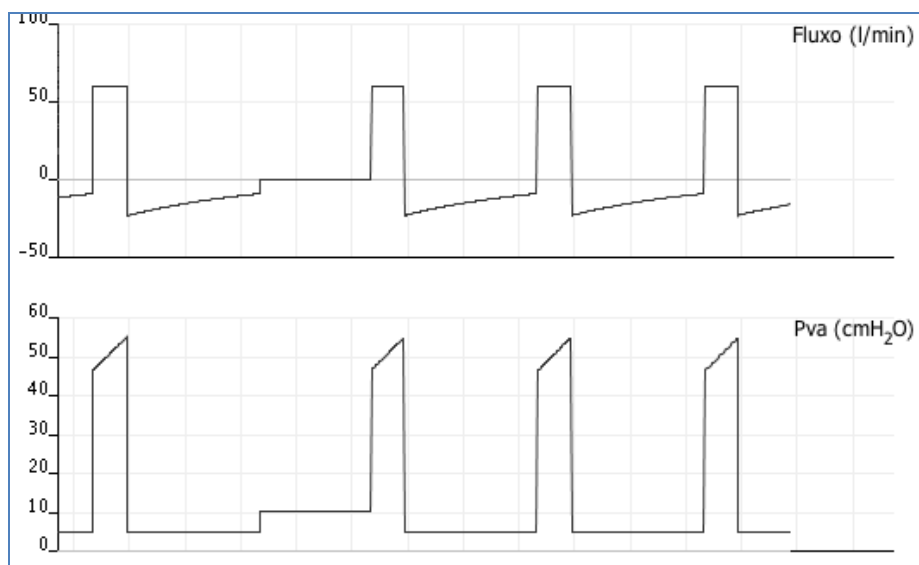
03. Uma paciente com bronquiectasias foi submetida a uma lobectomia de lobo superior direito. Apresentou bastante sangramento na cirurgia, mas foi prontamente compensada com transfusão de hemácias. Foi admitida na UTI ainda sedada e mantida em ventilação mecânica no modo pressão controlada (PCV) com uma frequência respiratória de 16 rpm, FiO₂ de 25% com SpO₂:98%. Após 25 minutos da admissão o oxímetro alarmou redução da SpO₂ e foram observadas mudanças nas curvas de monitorização ventilatória como se vê na figura abaixo:



Qual a explicação mais plausível dentre as opções abaixo?

- A) Intubação seletiva.
 B) Pneumotórax hipertensivo.
 C) Presença de coágulo nas vias aéreas.
 D) Desenvolvimento de fístula bronco-pleural.
04. Um paciente de 55 anos, cardiopata, foi vítima de acidente automobilístico e contusão pulmonar encontrando-se na UTI no 5º dia de ventilação mecânica. Após 6h de suspensão da sedação contínua mudou-se o modo ventilatório pressão controlado (PCV) para o modo de ventilação com pressão de suporte (PSV) com uma pressão de suporte (PS) de 14cmH₂O, uma PEEP de 5cmH₂O e uma FiO₂ de 30%. A gasometria arterial com estes parâmetros mostrou um pH:7,41, PaCO₂:42mmHg, PaO₂:90mmHg e SaO₂:98%. Após reduzir a PS de 14 para 10cmH₂O verificou-se um volume corrente em média de 300ml (antes 450ml), uma frequência respiratória de 36 rpm (antes 26 rpm) com uma elevação da frequência cardíaca de 90 para 105 bpm. discreta diaforese e agitação psicomotora. Nesse contexto qual a melhor conduta, visando retirada da ventilação mecânica, dentre as opções abaixo?
- A) Aumentar a PS para 12 a 14 cmH₂O.
 B) Tentar teste de respiração espontânea em tubo T.
 C) Extubar o paciente e iniciar ventilação não invasiva.
 D) Fazer sedação leve com dexmedetomidina IV e reavaliar.
05. Um paciente de 75 anos com DPOC com pneumonia e broncoespasmo foi internado na UTI com insuficiência respiratória e mantido em ventilação mecânica invasiva. Após uma semana de antibioticoterapia, corticosteroides sistêmicos e broncodilatadores por via inalatória houve significativa melhora. Foi submetido a um teste de respiração espontânea com sucesso, sendo extubado após o mesmo. Na ocasião, sua gasometria arterial com máscara de Venturi a 28% após a retirada do tubo mostrava: pH:7,45, PaCO₂:50mmHg, PaO₂: 82mmHg, SaO₂:98%, HCO₃⁻:27mEq/l e BE:+4. No dia seguinte à extubação passou a apresentar frequência respiratória de 36 irpm, uso de musculatura acessória da respiração, necessidade de uso de máscara de Venturi a 50% para uma SpO₂ de 92% e agitação psicomotora. Não apresentava estridor laríngeo, mas voltou a ter sibilos à ausculta pulmonar. Que conduta, se tomada ainda na fase de retirada do tubo ou após a extubação, teria as melhores chances de prevenir a evolução do quadro do paciente?
- A) Uso de ventilação não invasiva logo após a extubação.
 B) Uso de ventilação não invasiva em caso de sinais de falha da extubação.
 C) Realização de teste de vazamento do balonete (*cuff leak test*) do tubo traqueal.
 D) Administração de doses extras de corticosteroides intravenosos 24h antes da extubação.

06. Uma paciente de 65 anos, grande fumante, foi admitida com quadro de dispneia e intensa sibilância associada a uma infecção viral respiratória, sendo ventilada em modo de ventilação ciclada a volume (VCV). A gasometria arterial coletada com uma FiO_2 de 40%, frequência respiratória de 20 rpm e um volume corrente de 400ml (6ml/kg) mostravam um pH: 7,39, $PaCO_2$:41mmHg, PaO_2 :85mmHg e SaO_2 :96%. Abaixo são apresentadas as curvas de pressão e fluxo *versus* tempo quando foi realizada uma manobra de pausa expiratória.



Qual a conduta mais recomendável, dentre as opções abaixo, para esse caso?

- A) Reduzir a PEEP para 3 cmH₂O.
 B) Aumentar a PEEP para 8cmH₂O.
 C) Usar um fluxo inspiratório em rampa.
 D) Reduzir a frequência respiratória.
07. Um paciente com leucemia mieloide aguda, 40 anos, fez um ciclo de quimioterapia evoluindo com granulocitopenia febril, infiltrados pulmonares intersticiais e alveolares com broncograma aéreo bilaterais à radiografia do tórax e intensa dispneia. Uma gasometria arterial colhida enquanto recebia O₂ com uma máscara de Venturi a 50% mostrava: pH:7,50, $PaCO_2$:32mmHg, PaO_2 :95mmHg e SaO_2 :98%. Um ECG era normal, exceto por taquicardia sinusal e ele não relatava outras comorbidades. Com base nos dados acima, qual a assertiva mais adequada quanto a um possível diagnóstico de Síndrome da Angústia Respiratória Aguda – SARA?
- A) O paciente tem SARA moderada.
 B) Há obrigatoriedade de um ecocardiograma no caso.
 C) Deve-se colher gasometria arterial em uso de PEEP ou CPAP.
 D) Deve-se fazer uma TC de tórax para confirmação do padrão radiológico.
08. Um paciente com traumatismo crânio-encefálico em ventilação mecânica necessitou realizar broncoscopia para coleta de lavado bronco-alveolar e remoção de secreções traqueobrônquicas espessas. O médico de plantão prescreveu um bloqueador neuromuscular intravenoso, em *bolus*, para inibir esforço muscular respiratório e a tosse durante o procedimento. Após administração do mesmo, verificou-se hipotensão e elevação do pico de pressão na via aérea e uma redução do murmúrio vesicular globalmente. Qual dos fármacos abaixo deve ter sido administrado a esse paciente?
- A) Antracúrio.
 B) Pancurônio.
 C) Vencurônio.
 D) Cisatracúrio.

09. Um paciente de 1,80m, pesando 110kg, com peso ideal estimado em 75kg, segue em ventilação mecânica com diagnóstico de Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA). Encontra-se em ventilação, pressão controlada (modo PCV) com uma pressão de 25cmH₂O acima da PEEP, tempo inspiratório de 1,2 segundos, frequência respiratória de 20 rpm. O volume corrente exalado é de 550ml e a gasometria arterial colhida com FiO₂ de 70% mostra pH:7,30, PaCO₂:45mmHg, PaO₂:88mmHg, SaO₂:95% e HCO₃⁻:20mEq/l. As curvas de mecânica são apresentadas abaixo.



Que ajuste no ventilador mecânico é recomendável nesse momento, dentre as opções abaixo?

- A) Reduzir a FiO₂.
 - B) Aumentar a PEEP.
 - C) Aumentar a frequência respiratória.
 - D) Reduzir a pressão acima da PEEP.
10. Um paciente de 50 anos, com miocardiopatia isquêmica, foi internado com pancreatite e está na UTI, em respiração espontânea e em uso de O₂ por cateter nasal 3l/min, com quadro de sepse abdominal, consciente e alerta. Terá que se submeter a uma mudança no curativo e mobilização de drenos intra-abdominais que podem ser dolorosos. O médico optou por prescrever infusão em *bolus* de propofol seguida de infusão intravenosa contínua em acesso venoso central. Nesse caso, que variação de parâmetro fisiológico é o melhor preditor para a titulação de nível adequado de sedação com este fármaco, dentre as opções abaixo?
- A) Aumento da frequência cardíaca.
 - B) Redução da pressão arterial sistêmica.
 - C) Redução da frequência respiratória.
 - D) Redução da oximetria de pulso (SpO₂).
11. Paciente de 35 anos apresentou episódio súbito de cefaleia intensa com perda da consciência. Tomografia de crânio sem contraste revelou apagamento dos sulcos corticais e de fissuras inter-hemisféricas e hemorragia intraventricular. Foi mantida sob sedação com propofol e ventilação mecânica na UTI. Após 72 horas foi suspensa a sedação e a avaliação neurológica revelou uma escala de coma de Glasgow de 3/15, clonias periorais e movimentos oculares nistagmóides. Qual o exame mais adequado no momento para o diagnóstico do coma nesse momento?
- A) Arteriografia cerebral.
 - B) Punção lombar com estudo do líquido.
 - C) Eletroencefalograma contínuo de 30 minutos.
 - D) Ressonância nuclear magnética do tronco encefálico.

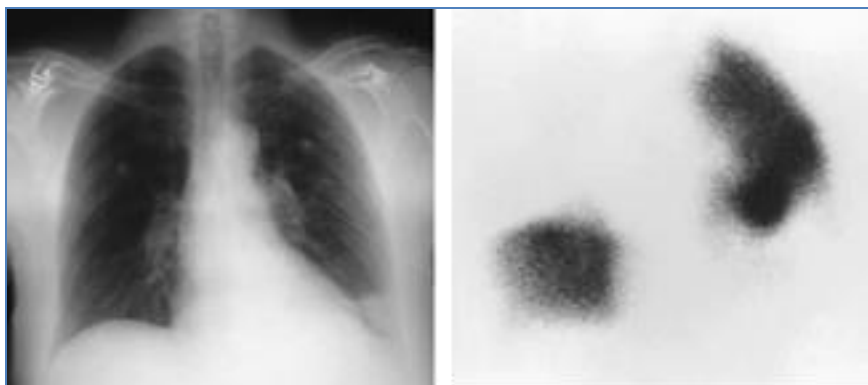
12. Paciente de 20 anos, vítima de acidente automobilístico por queda de moto com trauma crânio-encefálico sem uso de capacete. Chegou à emergência com escala de coma de Glasgow de 8/15 e anisocoria, midríase à direita e ausência de reflexo fotomotor. A frequência cardíaca era de 45bpm e a pressão arterial de 90x60mmHg. Foi então optado por intubação orotraqueal. Que medicação sedativa será mais adequada para intubação orotraqueal, nesse momento?
- A) Propofol.
 - B) Thiopental.
 - C) Midazolam.
 - D) Etomidato.
13. Paciente de 66 anos, portadora de hipertensão arterial não controlada, chegou à emergência com rebaixamento do nível de consciência. Familiares referem que a mesma vinha apresentando cefaleia há aproximadamente 24 horas, associada a náuseas, vômitos e tonturas. Foi encaminhada a UTI após intubação na emergência para proteção de via aérea e tomografia de crânio sem contraste que não identificou alterações. Após 24 horas da admissão, foram identificados movimentos oculares conjugados rápidos para baixo com retorno lento para cima, até a posição média, ao exame físico. Neste momento, qual o exame mais indicado para identificar o diagnóstico etiológico do coma nessa paciente?
- A) Punção lombar com estudo do líquido.
 - B) Ultrassonografia com Doppler transcraniano.
 - C) Eletroencefalograma contínuo na beira do leito.
 - D) Ressonância nuclear magnética do tronco encefálico.
14. O transplante de órgãos é, em muitos casos, a única alternativa terapêutica em pacientes portadores de insuficiência funcional terminal de diferentes órgãos essenciais. Com o objetivo de contribuir com as coordenações institucionais de transplantes, de forma a nortear e uniformizar os cuidados prestados ao doador falecido, a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) e da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO) publicaram Diretrizes para Manutenção de Múltiplos Órgãos no Potencial Doador Adulto Falecido. Com relação ao doador falecido, qual a recomendação correta segundo as Diretrizes para Manutenção de Múltiplos Órgãos no Potencial Doador?
- A) Utilizar a pressão venosa central como medida isolada para orientar reposição volêmica.
 - B) Manter a pressão arterial média acima de 90 mmHg ou pressão arterial sistólica acima de 105mmHg.
 - C) Iniciar vasopressor antes de completar a expansão volêmica se PAM < 40mmHg ou PAS < 70mmHg.
 - D) Infundir de 20 a 30ml/kg de cristalóide aquecido à temperatura de 43°C durante 30 minutos, sendo esta a primeira medida a ser tomada para controle da pressão arterial.
15. Um paciente de 71 anos foi internado com quadro de gastroenterocolite aguda e desidratação, tendo sido admitido em UTI por apresentar hiponatremia, rebaixamento do sensório e insuficiência renal aguda, mas sem necessidade de diálise. Com os cuidados gerais e antibioticoterapia apresentou melhora parcial, mas ainda com episódios de diarreia várias vezes ao dia. Encontra-se com uma sonda nasoenteral, sonda vesical de demora para monitoração da diurese e um acesso venoso periférico. O mesmo deseja sentar-se fora do leito, já tendo solicitado uma cadeira diversas vezes à enfermagem e está um pouco irritado em permanecer deitado no 3º dia de internação. Encontra-se orientado no tempo, espaço e lugar. Que intervenções a equipe da UTI deve fazer para minimizar o risco desse paciente desenvolver *delirium* e, conseqüentemente, comprometer a sua boa evolução clínica?
- A) Conter o paciente no leito.
 - B) Remover sonda vesical de demora.
 - C) Administrar ansiolíticos em doses baixas.
 - D) Trocar acesso venoso periférico por um central.

16. Paciente de 35 anos sofreu acidente automobilístico com traumatismo crânio-encefálico e politrauma. Evoluiu grave com rebaixamento do sensório não despertando após suspensão da sedação, com escore de coma de Glasgow de 3, no 4º dia de internação. Seguiu em ventilação mecânica e houve suspeita de morte encefálica. Os seguintes achados no exame físico feito pelo plantonista na UTI evidenciaram: temperatura central de 35°C, PA:110 x60mmHg, frequência cardíaca de 80bpm, reflexos de tronco cerebral ausentes e teste de apneia desconectado do ventilador negativo, sem resposta. A PaCO₂ atingiu 56mmHg durante o teste de apneia. Contudo, o paciente apresentava reflexo cutâneo-plantar e de flexão de membros superiores de retirada, ainda que débeis. Diante desse quadro, qual a melhor análise e conduta a ser tomada, dentre as opções abaixo?
- A) O diagnóstico de morte encefálica requer a repetição do exame com intervalo mínimo de 6 horas e um exame complementar confirmatório.
 - B) O diagnóstico de morte encefálica necessita de mais dois exames clínicos, realizados por neurologista, e dois exames complementares confirmatórios.
 - C) O diagnóstico de morte encefálica não pode ser realizado no momento e um novo teste de apneia não deve ser repetido até um parecer de neurologista.
 - D) O diagnóstico de morte encefálica já está confirmado e o mesmo pode e deve ser comunicado de imediato aos familiares do paciente.
17. Paciente masculino 78 anos é admitido na UTI tendo iniciado há cerca de 2 horas quadro de hemiplegia direita. Encontra-se estável hemodinamicamente com PA: 163x82mmHg. Na tomografia computadorizada de crânio, realizada por ocasião da admissão na emergência, não se evidenciou sangramento. Segundo o familiar responsável, o paciente é hipertenso prévio, mas não tem *diabetes mellitus* ou outra comorbidade. Baseado no relato acima, qual das condutas abaixo é a melhor para o caso descrito?
- A) Iniciar varfarina 5mg via oral.
 - B) Reduzir a pressão sistólica em 20%.
 - C) Administrar estreptoquinase 1.500.000UI intravenosa.
 - D) Administrar rtPA 0,9mg/Kg de peso intravenosa, com dose máxima de 90mg.
18. Paciente masculino de 38 anos com sepse de origem pulmonar evolui na última hora com hipotensão (PA: 80x50mmHg) taquicardia (FC: 123bpm) e oligúria (0,2ml/Kg/h). Encontra-se sedado, em ventilação mecânica controlada (volume corrente de 8ml/Kg) e sem ciclos ventilatórios assistidos. O ritmo é sinusal sem ectopias ventriculares ou supraventriculares. Com relação à monitorização hemodinâmica, você observa que a PVC é de 15mmHg e a variação da pressão de pulso (Delta pp) é de 18%. Qual a melhor conduta imediata para o caso acima?
- A) Repor volemia com cristalóide com objetivo de aumentar o débito cardíaco.
 - B) Transfundir hemácias com o objetivo de manter a hemoglobina acima de 10g/dL.
 - C) Iniciar dobutamina 10mcg/Kg/min com o objetivo de aumentar o débito cardíaco.
 - D) Iniciar diurético de alça com o objetivo de manter a diurese maior que 0,5ml/Kg/h.
19. Paciente feminina, 36 anos, acompanhada no ambulatório de reumatologia por febre reumática há 8 anos é admitida na UTI com hipotensão (PA:80x45mmHg) e taquicardia (FC: 158bpm). No ECG observa-se fibrilação atrial com resposta ventricular rápida. Não há distúrbio hidroeletrólítico no momento. Qual a melhor conduta para o caso descrito?
- A) *Overpacing* com marcapasso transvenoso ou transcutâneo.
 - B) Controle de frequência ventricular com atenolol 50mg via oral.
 - C) Cardioversão elétrica com choque inicial monofásico de 25 a 50J.
 - D) Cardioversão elétrica com choque inicial bifásico de 120 A 200J.

20. Paciente de 68 anos, acompanhada por Mieloma Múltiplo, encontrava-se no 5º PO de correção de fratura patológica do acetábulo quando desenvolveu subitamente dispneia, evoluindo com insuficiência respiratória e necessidade de ventilação mecânica. Após a intubação, a paciente encontra-se instável hemodinamicamente, com necessidade crescente de vasopressor. Nesta ocasião, a paciente está monitorizada com cateter de artéria pulmonar. Quais as alterações nos parâmetros de monitorização hemodinâmica abaixo provavelmente serão encontradas nessa paciente?
- A) Pressões de enchimento elevadas, débito cardíaco aumentado e resistência vascular sistêmica elevada.
 - B) Pressões de enchimento elevadas, débito cardíaco diminuído e resistência vascular sistêmica elevada.
 - C) Pressões de enchimento diminuídas, débito cardíaco aumentado e resistência vascular sistêmica elevada.
 - D) Pressões de enchimento diminuídas, débito cardíaco diminuído e resistência vascular sistêmica diminuída.
21. Paciente masculino, 78 anos, hipertenso prévio bem controlado é admitido na UTI por dor torácica intensa, com sensação de “rasgamento”, de início súbito, caráter migratório e irradiação para as costas. A ausculta cardíaca é compatível com insuficiência aórtica. No ecocardiograma transesofágico é diagnosticada dissecação aórtica. Qual a melhor conduta, dentre as opções abaixo?
- A) Administração de heparina de baixo peso molecular por via subcutânea na dose de 1mg/Kg de 12 em 12 horas.
 - B) Infusão de heparina não fracionado intravenosa com dose ajustada objetivando um TTPa entre 2,5 e 3,5 vezes o valor de referência.
 - C) Infusão de amiodarona associada à nitroglicerina intravenosa para manter pressão arterial média em torno de 90mmHg e frequência cardíaca entre 80 e 90bpm.
 - D) Infusão de nitroprussiato associado ao betabloqueador intravenoso para manter pressão arterial média em torno de 70mmHg e frequência cardíaca entre 60 e 70bpm.
22. Paciente de 80 anos, com diagnóstico de colecistite aguda em tratamento com ceftriaxona e metronidazol intravenoso, foi mantido na UTI para monitorização hemodinâmica e da diurese. Evoluiu na segunda semana com febre, dor abdominal, diarreia aquosa volumosa, leucocitose e aumento da proteína C reativa. Foram então colhidas fezes para pesquisa da toxina A e B do *Clostridium difficile* e indicado isolamento de contato. Que outra medida está indicada neste momento?
- A) Trocar a via de administração do metronidazol para oral.
 - B) Iniciar vancomicina por via oral na dose de 125mg de 6 em 6 horas.
 - C) Iniciar vancomicina por via intravenosa na dose de 1g de 12 em 12 horas.
 - D) Manter metronidazol por via intravenosa e associar agentes antiperistálticos.
23. Paciente com 85 anos, portador de miocardiopatia isquêmica e insuficiência renal crônica não dialítica, fazia uso de ácido acetilsalicílico diariamente e foi admitido à UTI com insuficiência respiratória aguda secundária a edema agudo de pulmão hipertensivo. Após falha do suporte ventilatório não invasivo, foi intubado e mantido sob ventilação mecânica. Após 48 horas, evoluiu com hipotensão arterial e melena. Realizada reposição volêmica e endoscopia digestiva alta nas primeiras 24 horas que revelou úlcera gástrica com sangramento ativo. Foi efetuada terapia hemostática endoscópica com êxito e mantido o paciente em jejum. De acordo com as recomendações atuais do Consenso Internacional de Condutas na Hemorragia Digestiva Alta, que outra medida é necessária ser iniciada neste momento com objetivo de reduzir mortalidade?
- A) Alimentar o paciente por via nasogástrica, nas primeiras 24 horas após hemostasia endoscópica.
 - B) Administrar antagonista do receptor de histamina-2 por via intravenoso de 8 em 8 horas por 72 horas.
 - C) Iniciar infusão intravenosa contínua de inibidor de bomba de prótons em altas doses por 72 horas, após dose de ataque.
 - D) Administrar octreotida intravenosa em *bolus* nas primeiras 6 horas após terapia endoscópica seguida de novos *bolus* a cada 12 horas por pelo menos 48 horas.

24. Paciente de 63 anos, portador de fibrilação atrial crônica em uso de warfarina, sem exames recentes de controle, foi encaminhado à UTI devido estado confusional agudo, associado a dor abdominal de início súbito e vômitos. Ao exame, encontrava-se sudoreico, pálido, com frequência respiratória de 28irpm, frequência cardíaca de 110bpm e pressão arterial de 100x60mmHg. Abdome estava distendido, com ruídos hidroaéreos ausentes e dor à descompressão súbita. Os exames de admissão mostravam uma contagem de leucócitos de 18.000 células/mm³, excesso de base de -13 e lactato sérico de 6mmol/L. Qual conduta terapêutica se faz necessária neste momento?
- A) Trombólise farmacológica por técnica endovascular.
 - B) Arteriografia mesentérica com angioplastia percutânea.
 - C) Anticoagulação sistêmica com heparina não fracionada.
 - D) Laparotomia imediata com enterectomia e embolectomia.
25. Paciente masculino, 56 anos, cirrótico por vírus da hepatite tipo-B, evolui com oligúria e piora da função renal nas últimas 72 horas (creatinina sérica elevou-se de 1,1mg/dL para 2,6mg/dL). Há 2 dias, foram suspensos diuréticos e feita expansão volêmica com albumina sem resposta quanto à função renal. No momento, encontra-se estável hemodinamicamente sem suporte vasopressor, afebril, não está em uso de agentes nefrotóxicos e não há evidências clínicas ou laboratoriais de infecção ativa. A causa mais provável da piora da função renal nesse paciente é:
- A) Doença renovascular.
 - B) Síndrome hepatorenal.
 - C) Nefrite intersticial aguda.
 - D) Insuficiência renal aguda pré-renal.
26. Homem de 60 anos, obeso, com dor abdominal em região epigástrica com irradiação para o dorso e vômitos há 12 horas, foi admitido à emergência. Ao exame, encontrava-se confuso, pálido e sudoreico. O ritmo cardíaco regular, com frequência cardíaca de 100bpm, PA: 90x60mmHg e frequência respiratória de 28irpm. Os exames laboratoriais revelaram uma amilase de 600U/L (referência: 20 a 160U/L) e lipase de 200U/L (referência < 60U/L), leucócitos de 16.000cel./mm³ e creatinina de 1,4mg/dL. Recebeu 3 litros de solução de Ringer com lactato e foi encaminhado à UTI. Após 24 horas de internamento, o mesmo estava com frequência respiratória de 20irpm em uso de máscara de Venturi com FiO₂ de 50%, com melhora da confusão mental e da dor abdominal em uso de morfina. Os exames revelavam uma tomografia contrastada de abdome com edema pancreático, sem necrose delimitada, creatinina sérica de 1,6mg/dL e gasometria com PaO₂ de 200mmHg. Neste momento, o plantonista deu alta da UTI ao paciente, encaminhando o mesmo para ser monitorizado na enfermaria. A conduta do plantonista foi:
- A) Adequada, pois a gasometria arterial mostrou uma oxigenação sanguínea adequada.
 - B) Adequada, pois não havia sinais de necrose na tomografia computadorizada do pâncreas.
 - C) Inadequada, pois o paciente preenchia critérios clínicos para pancreatite aguda grave.
 - D) Inadequada, pois os níveis séricos de amilase e lipase estavam muito elevados no momento da admissão.
27. Paciente feminina de 87 anos evoluiu com pancreatite pós colangiopancreatografia endoscópica retrógrada. Encontra-se sedada e em ventilação mecânica por insuficiência respiratória no modo pressão controlada (PCV), com PEEP de 5cmH₂O e volume corrente aproximado de 6ml/Kg de peso ideal. Nas últimas horas, apresentou redução do débito urinário e hipotensão arterial não responsiva à reposição volêmica. O abdome encontra-se distendido, com ausência de ruídos hidroaéreos e tenso à palpação. A pressão intravesical foi mensurada e seu valor foi de 28mmHg. Qual a melhor conduta a ser tomada para a paciente, neste momento?
- A) Diurético em infusão contínua.
 - B) Investigar a presença de auto-PEEP.
 - C) Bloqueio neuromuscular por 48 horas.
 - D) Laparotomia exploradora descompressiva imediata.

28. Paciente de 73 anos, submeteu-se a uma cirurgia de prótese de fêmur há 4 semanas. Há um dia queixa-se de dor torácica tipo pleurítica à direita e intensa dispneia, mesmo em repouso. Uma gasometria arterial revelou uma PaO₂: 62mmHg, PaCO₂: 33mmHg e SaO₂: 96%, com cateter de O₂ nasal 3l/min. Hemodinamicamente apresenta-se com PA:130x70mmHg, pulso:115 ppm e frequência respiratória de 30 irpm. Realizou um raio-X de tórax e uma cintilografia de perfusão pulmonar (vide figura abaixo).



Que conduta é a mais adequada no momento, dentre as opções abaixo?

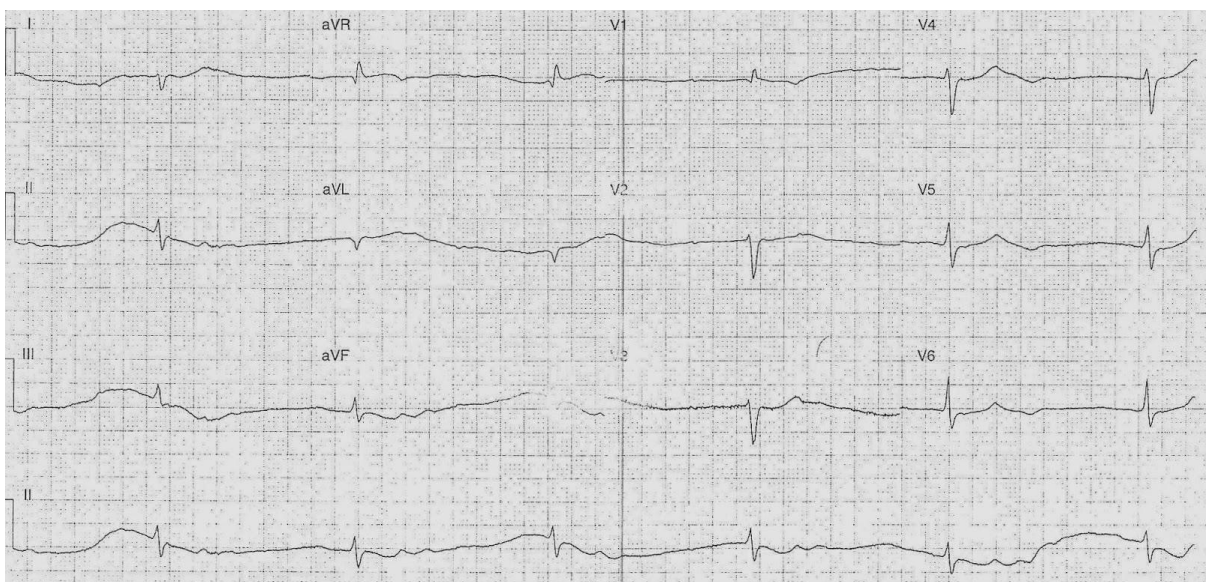
- A) Iniciar heparina não-fracionada por via intravenosa em *bolus* em UTI.
 - B) Iniciar heparina de baixo peso molecular por via subcutânea em enfermaria.
 - C) Realizar uma angiotomografia de tórax antes de iniciar o tratamento.
 - D) Administrar trombolíticos por via intravenosa.
29. Paciente de 68 anos foi submetida à artroplastia após fratura de colo do fêmur sem intercorrências, recebeu uma unidade de concentrado de hemácias no final do procedimento cirúrgico. Na sala de recuperação pós-anestésica evoluiu com hipotensão não responsiva a reposição volêmica com 500ml de solução de Ringer com lactato, permanecendo com pressão arterial de 90x60mmHg. Além disso, ficou taquipneica, com frequência respiratória de 36irpm, hipoxêmica com saturação de 60% conforme oximetria de pulso, apesar do uso de máscara de Venturi à 50%. A mesma foi intubada e encaminhada à UTI em uso de suporte ventilatório invasivo. Por ocasião da admissão, encontrava-se febril, com temperatura de 38,5°C, e o raio-X de tórax revelou infiltrado alveolar difuso bilateral. Qual medida poderia prevenir esta complicação pulmonar?
- A) Fixação precoce da fratura de colo do fêmur.
 - B) Prescrição de heparina de baixo peso molecular.
 - C) Conduta conservadora quanto à transfusão de hemácias.
 - D) Administração de furosemida após transfusão do concentrado de hemácias.
30. Paciente de 50 anos, com diagnóstico de neoplasia de estômago, desnutrido, foi submetido a gastrectomia total com esvaziamento ganglionar. No 5º dia do pós-operatório a sonda nasogástrica foi liberada para administração de dieta ou de medicamentos ainda durante o seu internamento na UTI cirúrgica. O paciente encontrava-se estável hemodinamicamente e confortável com cateter de O₂ 2L/min. Os exames revelaram um potássio de 3,0mEq/L, magnésio de 1,3mg/dL e fósforo de 0,9mg/dL. Quanto ao suporte nutricional do paciente, devemos:
- A) iniciar dieta enteral hipercalórica e hiperproteica tendo em vista a desnutrição.
 - B) iniciar dieta enteral imediatamente, com reposição de eletrólitos por via intravenosa.
 - C) retardar o início da dieta enteral até a correção dos eletrólitos por via intravenosa.
 - D) indicar nutrição parenteral total com aumento da oferta de eletrólitos na formulação da bolsa de parenteral.
31. Paciente masculino, 25 anos, é admitido na UTI vítima de trauma elétrico em extremidade distal do membro inferior direito (MID). Após aproximadamente 36h do acidente, observa-se o desenvolvimento de síndrome compartimental do membro acometido. Devido a extensão da lesão, o plantonista suspeita de rabdomiólise. Qual a melhor conduta a ser iniciada neste momento?
- A) Anticoagulação plena com heparina não fracionada por via intravenosa.
 - B) Hidratação venosa objetivando manter um débito urinário maior que 100ml/h.
 - C) Administração de N-Acetilcisteína 600mg por via oral de 12 em 12 horas durante as próximas 36 horas.
 - D) Infusão contínua de diurético de alça por via intravenosa de 12 em 12h objetivando um débito urinário maior que 100ml/h.

32. Paciente de 55 anos, com dor abdominal e vômitos, chegou à emergência sudoreica e hipotensa. Após reanimação volêmica foi encaminhada para internamento na UTI com diagnóstico de pancreatite aguda grave. Nas primeiras 48 horas de internamento evoluiu com piora do padrão respiratório e instabilidade hemodinâmica com necessidade de noradrenalina na dose de 0,2mcg/kg/min. No momento está com pressão arterial média acima de 65mmHg e a última gasometria arterial revelou um HCO_3^- de 22mEq/L, BE -2 e lactato de 1,6mmol/L. Nesta ocasião, o mais adequado para a paciente seria:
- A) iniciar dieta por sonda nasoesférica, pois a via gástrica não é bem tolerada e nem segura nesta paciente.
 - B) iniciar dieta enteral em posição gástrica devido à facilidade em passar sonda nasogástrica na beira-do-leito.
 - C) manter a paciente em jejum devido instabilidade hemodinâmica e necessidade de droga vasoconstritora.
 - D) indicar nutrição parenteral total devido níveis pressóricos adequados e ausência de sinais de hipoperfusão tecidual.
33. Paciente masculino de 29 anos encontra-se na UTI há 48 horas após politrauma secundário a acidente motociclístico. Vinha evoluindo acordado, orientado e cooperativo, estável hemodinamicamente e sem suporte ventilatório. Nas últimas 2 horas, passou a apresentar desconforto respiratório importante com queda da saturação pela oximetria de pulso, mesmo recebendo oxigênio suplementar a 100% e desorientação com agitação psicomotora. Ao exame o plantonista identificou petéquias na região anterior do tórax e em axilas. Na radiografia de tórax, observa-se infiltrado bilateral difuso com padrão alveolar. Qual a melhor conduta a ser tomada para o paciente, neste momento?
- A) Iniciar infusão de solução polarizante com glicose e insulina.
 - B) Oferecer tratamento de suporte para as disfunções orgânicas.
 - C) Heparinizar o paciente com heparina não fracionada por via intravenosa.
 - D) Heparinizar o paciente com heparina de baixo peso molecular via subcutânea.
34. Paciente masculino, 25 anos, foi admitido na UTI vítima de queimadura de 3º grau extensa em ambos os membros inferiores. Após aproximadamente 36 horas do acidente e seguindo-se a reposição volêmica inicial vigorosa, o paciente evoluiu com síndrome compartimental dos membros acometidos. Qual a melhor conduta a ser tomada?
- A) Monitorizar da perfusão tecidual dos membros acometidos.
 - B) Providenciar escarotomia descompressiva cirúrgica precoce.
 - C) Manter balanço hídrico negativo com diurético em infusão contínua.
 - D) Programar escarotomia descompressiva cirúrgica eletiva após 7 dias do evento.
35. Paciente de 25 anos, masculino, é admitido no Centro de Queimados com queimaduras de 3º grau em 50% do corpo, incluindo pescoço e face. Encontra-se estável hemodinamicamente, mas sonolento. Apresenta desconforto respiratório leve e rouquidão ao responder às perguntas do plantonista. A enfermeira informa que o paciente apresenta escarro carbonáceo. Qual a conduta imediata a ser tomada neste caso?
- A) Proceder intubação orotraqueal.
 - B) Iniciar ventilação mecânica não-invasiva.
 - C) Administrar adrenalina 1mg por via intravenosa em *bolus*.
 - D) Administrar hidrocortisona 200mg por via intravenosa em *bolus*.
36. Jovem de 18 anos, com diagnóstico recente de *diabetes mellitus* tipo 1, foi admitido à UTI com taquipneia e desidratação. Refere episódios de febre, associadas a náuseas e vômitos nos últimos dois dias. Referiu também polidipsia e poliúria. A pressão arterial no momento da admissão era de 100x70mmHg. Os exames iniciais revelaram um Na: 135mEq/L, Glicemia: 400mg/dL, K:3,0mEq/L e gasometria com pH: 6,9; HCO_3^- : 5mEq/L e BE: -18. Qual a conduta mais adequada neste momento?
- A) Iniciar insulina intravenosa infusão contínua.
 - B) Hidratar com solução de cloreto de sódio 0,9%.
 - C) Administrar bicarbonato de sódio intravenoso.
 - D) Indicar tratamento com hemodiálise imediatamente.

37. Paciente feminina de 45 anos é admitida na UTI com alteração do nível de consciência tipo agitação psicomotora, temperatura axilar de 38,8°C, PA: 150x90mmHg e com taquicardia sinusal (FC 160bpm). Segundo o familiar, a paciente é acompanhada no ambulatório de doenças da tireoide do Serviço de Endocrinologia de um hospital de ensino e abandonou por conta própria o tratamento recentemente. Além de procurar identificar e tratar o evento precipitante, qual das condutas abaixo é a mais adequada neste momento?
- A) Manter o paciente aquecido.
 - B) Evitar o uso de corticosteroides.
 - C) Metimazol 500mg por intravenosa dose única diária por 72h.
 - D) Fazer dose de ataque de Propiltiouracil 600mg seguido de doses de manutenção.
38. Paciente do sexo feminino, 15 anos, parda, deu entrada no hospital trazida à emergência pela mãe, com perda da consciência pós-convulsão, sialorreia intensa, miose, bradicardia e miofasciculações. A família afirma que a paciente não tem doenças prévias ou alergias e que a mesma não faz uso de drogas ou álcool. Referiu apenas briga recente com o namorado. Na emergência, a paciente foi intubada e mantida em ventilação mecânica invasiva. Em seguida, foi encaminhada à UTI, onde chegou com broncorreia e broncoespasmo intensos, em uso de atropina intravenosa em infusão contínua na dose de 5mg/h. Que parâmetro clínico abaixo será o mais indicado para suspensão da infusão de atropina?
- A) Resolução da miose.
 - B) Melhora da bradicardia.
 - C) Melhora da broncorreia.
 - D) Cessação das convulsões.
39. Paciente feminina de 65 anos encontra-se no 12º dia de internamento na UTI após admissão hospitalar por sepse urinária. Evoluía com boa resposta clínica na vigência de terapêutica antimicrobiana direcionada para o microrganismo identificado através de urinocultura. Entretanto, no 7º dia da permanência na unidade apresentou novos episódios febris (38,8 e 39,5°C) e instabilidade hemodinâmica. Foram colhidas hemocultura, urinocultura, cultura de aspirado traqueal e trocados todos os cateteres. Na urinocultura e cultura do aspirado traqueal não houve crescimento bacteriano. No entanto, foram isolados Cocos Gram positivos em uma hemocultura colhida de sangue periférico e na ponta do cateter venoso central. Qual a melhor conduta, dentre as opções abaixo?
- A) Desconsiderar a cultura, pois se trata de contaminação.
 - B) Trocar os cateteres centrais com fio-guia a cada 15 dias.
 - C) Iniciar antibioticoterapia direcionada para o germe isolado.
 - D) Trocar os cateteres centrais a cada 15 dias mudando o local de inserção.
40. Uma paciente de 75 anos foi admitida na UTI com quadro de rebaixamento de sensório por AVC isquêmico extenso tendo sido intubada e mantida em ventilação mecânica invasiva. O raio-x de tórax à admissão e a troca gasosa pulmonar encontravam-se dentro da normalidade na ocasião. No 4º dia de internação, passou a apresentar temperatura de 37,9° C, leucocitose (16.000cél/mm³), hipoxemia arterial com necessidade de incremento na FiO₂, e hipotensão arterial responsiva à prova de infusão de fluidos IV. Um novo raio-X de tórax mostrou infiltrado parenquimatoso em base de pulmão direito com discreta elevação ipsilateral da hemicúpula diafragmática. Qual dos exames abaixo é o mais indicado para confirmação da principal hipótese diagnóstica?
- A) Angiotomografia computadorizada de tórax.
 - B) Cultura quantitativa de aspirado traqueal.
 - C) Dosagem de proteína C reativa (PCR).
 - D) Dosagem de pró-calcitonina.
41. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº 7 de 24 de Fevereiro de 2010 dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva. Sobre esta Resolução, qual afirmativa é correta?
- A) A RDC Nº 7 se aplica a UTIs públicas, privadas ou filantrópicas; civis ou militares.
 - B) Segundo a RDC Nº 7 deve ser garantido por meio próprio não podendo ser terceirizado serviço à beira do leito de assistência nutricional.
 - C) Uma das críticas à RDC Nº 7 é que ela possui o objetivo de estabelecer padrões mínimos visando reduzir os riscos aos pacientes mas não contempla os profissionais.
 - D) Segundo a RDC Nº 7 toda UTI tem que ter no mínimo 01 (um) Médico diarista/rotineiro para cada 10 (dez) leitos ou fração nos 3 turnos: matutino, vespertino e noturno.

42. Um médico encontra-se de plantão em uma central de regulação de leitos de UTI da sua cidade. Há demanda de vagas para UTI para quatro pacientes cujos principais dados seguem abaixo:
- Paciente 1: Homem, 44 anos, com pneumonia, sepse e hipotensão. Tem câncer de pulmão com metástases pleurais, em pericárdio e fígado. Após vários ciclos de quimioterapia a doença não respondeu. Encontra-se em uso de oxigenoterapia, máscara de reservatório, sonolento em um pronto socorro. O seu médico oncologista não recomenda internação em UTI mas o mesmo e seus familiares afirmam que prefere ser intubado em caso de piora do quadro.
- Paciente 2: Mulher, 83 anos, ex-fumante, apresentou trauma com contusão de tórax após acidente automobilístico e insuficiência respiratória aguda. Encontra-se intubada em unidade de pronto-atendimento. Tem dois *stents* em coronária esquerda, hipertensão arterial sistêmica para qual seguia tratamento com cardiologista.
- Paciente 3: Jovem de 19 anos, com diagnóstico de atrofia muscular espinhal, restrito ao leito e dependente de ventilação mecânica domiciliar 24h/dia há pelo menos 9 anos, em crise de dispneia e rebaixamento do sensório após uso de sedativos para dormir. Encontra-se em seu domicílio com suporte de “home care” através de traqueostomia.
- Paciente 4: Homem, 60 anos, diabético, hipertenso, com programação de uma cirurgia eletiva de revascularização do miocárdio por doença coronariana avançada, para daqui a 24h, a qual vem aguardando há três semanas. Encontra-se em enfermaria, estável, mas com dispneia aos médios esforços.
- Qual dos 4 pacientes teria a maior prioridade, levando-se em conta a chance de se obter o máximo de benefício, para admissão na única vaga de leito de UTI disponível neste exato momento?
- A) 1
B) 2
C) 3
D) 4
43. Nas últimas décadas o movimento pela qualidade introduzido nos setores industrial e de serviço expandiu-se para o setor saúde. Para a avaliação da estrutura, processo e desfecho é indispensável a utilização de indicadores. Qual das afirmativas abaixo contém um indicador de qualidade?
- A) Taxa de ocupação leito/dia.
B) Índice de retorno ambulatorial.
C) Taxa de mortalidade em 1 ano.
D) Taxa de sobrevida no longo prazo.
44. Jovem de 18 anos, casado e pai de filha com 6 meses de idade foi vítima de traumatismo cranioencefálico após queda de moto. Na tomografia da admissão havia edema importante de encéfalo. Após 48 horas de internação na UTI, onde foi mantido com cateter para mensuração da pressão intracraniana contínua e medidas para hipertensão intracraniana, foi optado por suspensão de sedativo e nova tomografia, a qual mostrou lesão axonal difusa. Devido ausência de reflexos de tronco, foi aberto protocolo de morte encefálico, a qual foi confirmada. A família não autorizou à retirada de órgãos para doação e nem a suspensão de suportes. Entretanto, após a tentativa de convencimento e orientações dos familiares, o aparelho de ventilação mecânica foi desligado, o corpo foi devolvido para a família e a vaga de UTI foi disponibilizada para um paciente da emergência. Neste momento foi respeitado o princípio bioético da:
- A) Justiça.
B) Autonomia.
C) Beneficência.
D) Não-maleficência.
45. Paciente masculino de 80 anos está há 24 horas com quadro diarreico. Foi trazido à emergência por cuidadora devido não estar respondendo aos estímulos desde a manhã. Além do seu estado mental alterado, seu exame físico revelou FC:120bpm e PA de 90/70 mmHg. Exames laboratoriais (Na: 164mEq/dL, Cl: 126 mEq/dL, ureia: 100mg/dL, glicemia: 98mg/dL, K: 4,8mEq/dL, HCO₃⁻: 28 mEq/dL, Cr: 2,6mg/dL e hemograma normal. A melhor conduta nesse momento é infundir:
- A) solução de NaCl 0,45% até correção da hiponatremia.
B) soro glicosado 5% para correção rápida da hiponatremia.
C) solução de NaCl 0,9% até estabilização da pressão arterial.
D) solução com furosemida intravenosa em bomba de infusão contínua.

46. Idosa de 84 anos, hipertensa em uso de hidroclorotiazida 25mg e com história recente de perda de peso associado a quadro de depressão, foi internada devido sonolência. Na avaliação inicial, foram identificados um sódio sérico de 113mEq/L e um potássio de 2,9mEq/L, os quais foram prontamente corrigidos com melhora parcial da sonolência. Cerca de três dias após a admissão, evoluiu com confusão mental, disartria e fraqueza muscular nos quatro membros. Que exame será necessário para o diagnóstico do caso?
- A) Ressonância nuclear magnética do tronco encefálico.
 B) Estudo do líquido para dosagem de glicose e proteína.
 C) Dosagem de creatinofosfoquinase e aldolase séricas.
 D) Eletroneuromiografia de membros inferiores e superiores.
47. Homem de 45 anos, profissional de limpeza urbana, passou a apresentar dores musculares difusas há cerca de 4 dias, foi trazido à emergência devido cefaleia, náuseas, vômitos e icterícia. Ao exame físico, encontrava-se icterico, com petéquias na região anterior do tórax, desidratado e taquipneico. Optado por interná-lo na UTI após exames laboratoriais que revelaram níveis elevados de ureia, creatinina, acidose metabólica, hipocalcemia e aumento da CPK. Foi feita expansão volêmica com cristalóide e o paciente manteve bom débito urinário, entretanto persistiu com aumento de escórias nitrogenadas e acidose metabólica. Neste momento, a melhor conduta deve solicitar sorologia para leptospirose e indicar:
- A) diálise peritoneal.
 B) furosemida intravenosa.
 C) reposição de bicarbonato.
 D) hemodiálise convencional.
48. Paciente de 80 anos com miocardiopatia isquêmica em uso de furosemida 40mg/dia, espironolactona 25mg/dia, digoxina 0,25mg/dia e carvedilol 12,5mg 2xdia foi trazido para emergência devido confusão mental, tonturas, náuseas, vômitos e dor abdominal difusa. Segundo a filha, o mesmo vinha se queixando de turvação visual e impressão de que “tudo estava amarelado”. Foi transferido para UTI após a realização do registro eletrocardiográfico abaixo:



Qual a conduta mais adequada neste momento?

- A) Realizar cardioversão elétrica.
 B) Repor potássio empiricamente.
 C) Providenciar hemodiálise de urgência.
 D) Administrar anticorpo anti-Digoxina FAB.

49. Jovem de 17 anos, primigesta, com 35 semanas de gestação, evolui com cefaleia há dois dias. Foi trazida para emergência e nesta ocasião foi identificada uma PA 160x100mmHg e frequência respiratória de 30irpm. Por conta do desconforto respiratório, foi mantida na UTI e os exames da admissão revelaram uma contagem de plaquetas de 80.000/mm³, hemoglobina de 6g/dL, hematócrito de 18%, TGO de 200U/L, TGP de 350U/L e LDH de 900U/L. O resultado do hemograma chamou atenção da presença de fragmentos de eritrócitos na lâmina. De acordo com estes dados, o provável diagnóstico é:
- A) hepatite viral.
 - B) síndrome HELLP.
 - C) anemia hemolítica autoimune.
 - D) púrpura trombocitopênica trombótica.
50. Paciente de 65 anos, diabético, foi admitido na emergência com síndrome coronariana aguda sem supra de ST e troponina negativa. Após 48 horas de estabilização do quadro na UTI com terapia anti-isquêmica e antitrombótica foi submetido à coronariografia com ventriculografia que revelou acometimento multiarterial com bom leito distal e fração de ejeção de 40%. Segundo as diretrizes do American College/American Heart Association, a melhor estratégia neste momento é:
- A) tratamento clínico apenas.
 - B) angioplastia com implante de *Stent*.
 - C) angioplastia primária e tratamento clínico.
 - D) cirurgia de revascularização miocárdica.