



Apoio às Residências em Saúde
Edital N° 03/2019

PSU/RESMED/CE - 2020

PROGRAMA ANOS ADICIONAIS: MEDICINA INTENSIVA

ESPECIALIDADE: Medicina de Família e Comunidade (R3) - Medicina Paliativa

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. O gabarito individual do participante será disponibilizado em sua área privativa na data estabelecida no Anexo III, conforme subitem 8.4.15 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, 17 de novembro de 2019.

Coloque, de imediato, o seu número de inscrição e o número de sua sala nos retângulos abaixo.

Inscrição

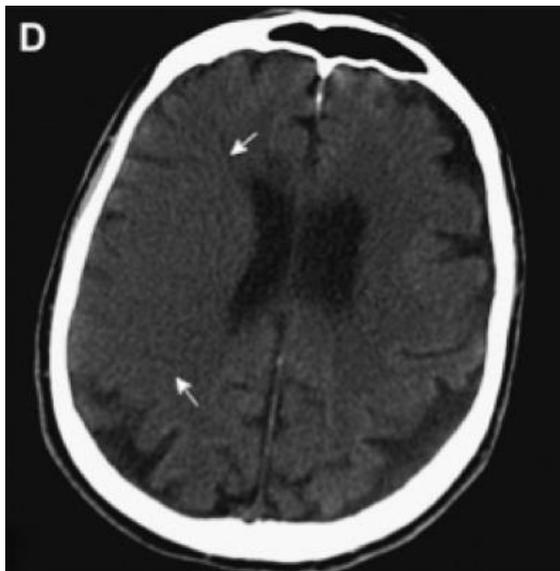
Sala

- 01.** Paciente feminina, 21 anos, com 26 semanas de gestação, internada em unidade de terapia intensiva para tratamento de sepse urinária. Evolui com parada cardiorespiratória presenciada. Iniciadas manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP) prontamente e de forma adequada. Após 4 minutos de RCP a paciente não apresenta retorno de circulação espontânea. Nesse momento, qual a melhor conduta a ser tomada?
- A) Cessar esforços de reanimação cardiopulmonar.
 - B) Infundir bicarbonato de sódio 1meq/Kg de peso corporal.
 - C) Realizar esvaziamento do útero gravídico com parto cesariano.
 - D) Posicionar a paciente em decúbito lateral esquerdo e continuar a RCP.
- 02.** Homem de 70 anos, 60Kg, admitido há 48 horas na UTI por pneumonia comunitária e sepse. Encontra-se em uso de noradrenalina na dose de 0,05ug/Kg/min, em doses decrescentes, com lactato de 1,1mmol/L, recebendo dieta enteral há 24 horas com 900Kcal/dia, na vazão de 20ml/h, e sem sinais de intolerância. De acordo com a Diretriz Brasileira de Terapia Nutricional no Paciente Grave, qual a conduta mais adequada em relação à terapia nutricional, nesse momento?
- A) Suspender dieta enteral, considerando a necessidade de droga vasoconstritora.
 - B) Manter em oferta de 900kcal/dia, considerando a possível produção de energia endógena.
 - C) Progredir a dieta enteral até 1500Kcal/dia, considerando a meta calórica pelo cálculo com a regra de bolso.
 - D) Progredir a dieta enteral até 1800Kcal/dia, considerando o aumento da necessidade energética na primeira semana.
- 03.** Paciente de 80 anos, com seqüela de acidente vascular cerebral encefálico. Encontra-se internado na enfermaria, em uso de dieta por sonda nasoenteral e sob tratamento para pneumonia aspirativa, em uso de ceftriaxona e clindamicina há 5 dias. Evoluiu com quatro episódios de evacuações com fezes líquidas nas últimas 24 horas. Foi trazido para UTI com distensão abdominal, taquicardia e hipotensão responsiva a reposição volêmica. Na admissão realizou raio-X de abdome em decúbito dorsal que revelou distensão gasosa com formação de imagens circulares superpostas, semelhante a “pilha de moedas”. A conduta mais adequada em relação à antibioticoterapia nesse momento é iniciar:
- A) vancomicina via sonda nasoenteral na dose de 125mg a cada 6h.
 - B) metronidazol por sonda nasoenteral na dose de 500mg a cada 8h.
 - C) vancomicina via sonda nasoenteral, associar vancomicina via retal e metronidazol via endovenosa.
 - D) vancomicina via sonda nasoenteral e associar vancomicina via retal a cada 6h com enema de retenção.
- 04.** Mulher de 45 anos, admitida com quadro de início há 24 horas caracterizado por forte dor abdominal na região epigástrica, com irradiação para o dorso, associada a náuseas. Foi trazida para UTI após reanimação volêmica na emergência com 4L de cristalóide para monitorização da diurese e da pressão arterial. Na admissão nesta unidade estava com escala de coma de Glasgow de 15, PA: 110x85mmHg, frequência respiratória de 24irpm, pulso de 100ppm. Os exames laboratoriais da admissão revelaram uma amilase de 500U/L (nl: 20 a 160U/L) e lipase 250U/L (nl < 67U/L). Conforme as diretrizes atuais da Associação Americana de Gastroenterologia, qual a recomendação quanto a terapia nutricional a ser instituída para essa paciente, no momento?
- A) Iniciar nutrição parenteral após dosagem de lactato normal.
 - B) Iniciar dieta por sonda nasoenteral em posição pós pilórica.
 - C) Iniciar dieta via oral e observar sinais e sintomas de intolerância.
 - D) Manter dieta zero até 48 horas após melhora dos sintomas iniciais.
- 05.** Mulher de 58 anos, encontra-se internada em UTI em pós-operatório de apendicectomia e sepse abdominal. Há 6 dias segue em uso de tigeciclina e necessita de vasopressor em dose baixa. Foi extubada há 24h, porém evolui com piora do padrão respiratório, leucograma com 20.000 células/mm³ (antes 15000 células/mm³), necessidade de aumento da dose de vasopressor e surgimento de opacidades alveolares em base de pulmão direito no raio-X de tórax. Qual a melhor opção para a antibioticoterapia dessa paciente?
- A) Vancomicina + Ciprofloxacina.
 - B) Vancomicina + Piperacilina-Tazobactam.
 - C) Piperacilina-Tazobactam + Levofloxacina + Linezolida.
 - D) Piperacilina-Tazobactam + Amicacina + Ciprofloxacina.

06. Paciente masculino de 71 anos, com peso ideal de 60 kg, sem comorbidades prévias, no primeiro dia de internamento na UTI por insuficiência respiratória aguda secundária a Pneumonia da comunidade grave, sob ventilação mecânica volume controlada, com volume corrente de 300 ml, f de 25ipm, PEEP de 12 cmH₂O, Fluxo de 40L/min, FiO₂ de 80% e Pressão de platô de 28 cmH₂O. O paciente está sob sedoanalgesia e bloqueio neuromuscular contínuo. A radiografia de tórax mostra consolidações bilaterais difusas com borramento das cúpulas diafragmáticas e o Ecocardiograma é normal. Não há instabilidade hemodinâmica ou queda da diurese. Caso a gasometria arterial atual mostre pH 7,13 PaCO₂: 63 mmHg PaO₂: 80 mmHg SaO₂:92% HCO₃: 25 mEq/L EB: +2, A estratégia mais apropriada nesse momento, em relação à troca gasosa e à mecânica respiratória seria:
- A) Mudar para a posição PRONA.
 - B) Manter os parâmetros do ventilador.
 - C) Trocar para Ventilação de Alta Frequência (HFOV).
 - D) Instalar Membrana de Oxigenação Extracorpórea (ECMO).
07. Mulher de 60 anos, com diagnóstico prévio de neoplasia de cólon, submetida a colectomia esquerda há 2 meses, em quimioterapia, foi internada na UTI com quadro de síncope. A radiografia de tórax da admissão estava normal e o ECG mostrou um bloqueio de ramo direito. A mesma foi encaminhada para Angiotomografia de tórax que revelou imagem de subtração na vasculatura pulmonar bilateralmente durante fase com contraste. Após o exame, a paciente retornou para UTI onde chegou sonolenta, com PA 80x40 mmHg, f: 32 ipm, pulso de 110 ppm (filiforme) e cianose de extremidades, a despeito de oxigenioterapia e de reanimação volêmica/suporte vasoativo adequados. Considerando o diagnóstico mais provável, a abordagem terapêutica mais apropriada nesse momento seria:
- A) Filtro de veia cava inferior.
 - B) Tromboendarterectomia cirúrgica.
 - C) Heparina de baixo peso molecular.
 - D) Trombolítico por cateter dirigido ao êmbolo.
08. Mulher de 18 anos, vítima de acidente automobilístico, está há 96 horas na UTI, intubada sob ventilação mecânica, estável hemodinamicamente. Realizou duas tomografias de crânio, sendo a primeira na admissão, que foi normal, e a segunda após 48 horas que revelou edema cerebral difuso. Nessa ocasião, foi prontamente instalado cateter de derivação ventricular externa. A mensuração da pressão intracraniana foi normal após drenagem de líquido. Após 24 horas da instalação do cateter de derivação ventricular foi suspensa a sedação e a analgesia. Cerca de 20 horas após desligada a sedação, a paciente estava com pupilas médio fixas e não responsiva aos estímulos dolorosos. Apresentava PA:110x60mmHg, Temp: 36,1°C, FC:100ppm, SpO₂:95% com uma FIO₂ de 25%. Não apresentava sinais de esforço muscular respiratório, nem de disparo dos ciclos do ventilador mecânico. Qual dos requisitos do exame clínico é necessário como parte da confirmação inequívoca do diagnóstico da paciente?
- A) Ser realizado por dois médicos especificamente capacitados no diagnóstico, com intervalo entre as avaliações superior a 1h.
 - B) Ser realizado por dois médicos, sendo um deles obrigatoriamente neurologista clínico, com um intervalo entre as avaliações superior a 1h.
 - C) Incluir pelo menos duas avaliações por um mesmo médico especificamente capacitado no diagnóstico, com intervalo entre as avaliações superior a 1h.
 - D) Incluir pelo menos dois testes de apneia feitos por dois médicos distintos, ambos com registro da elevação da PaCO₂ > 55mmHg, com um intervalo entre as avaliações superior a 1h.
09. Homem de 24 anos, sem doença prévia, foi admitido na UTI com quadro de sonolência após a administração de diazepam IV devido convulsão tônico-clônica generalizada. Fez ataque de fenitoína com 20mg/kg à admissão e persistiu com sonolência, sem sinais de localização ao exame físico, escala de coma de Glasgow de 13, pupilas isocóricas e fotoreagentes. Iniciou monitorização com EEG que revelou descargas epileptiformes periódicas generalizadas. Nesse momento, a melhor conduta é:
- A) iniciar sedação com propofol.
 - B) manter diazepam IV de horário.
 - C) iniciar anticonvulsivantes via oral.
 - D) novo ataque com fenitoína 5mg/Kg.

10. Em um hospital regional do Estado, o diretor clínico solicita a opinião do médico coordenador das UTIs para alocação de dois pacientes. Um deles (paciente 1) tem 46 anos e tem diagnóstico de IAM com supra de segmento ST, sem sinais de choque ou hipotensão, e o outro (paciente 2) tem 77 anos, com neoplasia de próstata com metástases pulmonares, em hormonioterapia, com pielonefrite, redução do nível de consciência, necessidade de intubação traqueal e hipotensão, com necessidade de uso de drogas vasoativas para manter uma PAM:70mmHg. O hospital dispõe de uma unidade de cuidados intermediários (semi-intensiva) e uma UTI, ambas com um leito vago cada. Com base na Resolução CFM N° 2156 de 28/10/2016, Publicado no DO em 17 nov 2016, que estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva, qual deve ser a melhor decisão quanto à alocação dos dois pacientes nas unidades do hospital?
- A) Paciente 1 na unidade de cuidados intermediários, Paciente 2 na UTI.
 - B) Paciente 1 na UTI, Paciente 2 na unidade de cuidados intermediários.
 - C) Ambos na UTI, paciente 1 deve ser admitido primeiro e o paciente 2 deve aguardar na emergência próxima vaga.
 - D) Ambos na UTI, paciente 2 deve ser admitido primeiro e o paciente 1 deve aguardar na emergência a próxima vaga.
11. Homem de 68 anos, hipertenso, com baixa adesão ao tratamento com atenolol, chegou a emergência com quadro de palidez e taquicardia. Refere dor abdominal em fossa ilíaca esquerda e febre há 24 horas. Na TC de abdome realizada na admissão foram identificados divertículos em sigmoide com espessamento da parede da alça, opacificação da gordura local e ausência de coleções. Foi encaminhado para UTI com uma PA de 110x50mmHg, FC: 50bpm, ritmo sinusal e FR: 24irpm. Na admissão foram colhidas hemoculturas (2 amostras), colhida gasometria arterial com lactato e iniciado antibioticoterapia IV. O lactato arterial da admissão foi de 4,5mmol/L. De acordo com o pacote da primeira hora atual da Campanha de Sobrevivência a Sepsis (2018), a conduta mais adequada nesse momento é iniciar:
- A) infusão de noradrenalina e chamar cirurgia para abordar paciente.
 - B) infusão de noradrenalina e colher novo lactato arterial após 1 hora.
 - C) administração de dopamina e colher novo lactato arterial após 2 horas.
 - D) expansão com cristalóide 30ml/kg e repetir dosagem de lactato arterial.
12. Jovem de 25 anos com história de dor lombar, náuseas e calafrios, foi internada na UTI com temperatura de 38°C e sonolência. Por ocasião da admissão, encontrava-se com pressão arterial média (PAM) de 50mmHg. Iniciou então antibiótico intravenoso, fez infusão de 1000ml de solução de Ringer, iniciou noradrenalina 0,02mcg/Kg/min e corticoide 400mg/dia. Após 1 hora a PAM estava de 60mmHg e chegaram os exames colhidos no momento da admissão que revelaram lactato 1,1mmol/L, leucocitúria, hematúria e nitrito positivo. Nesse momento, podemos afirmar que a conduta foi:
- A) adequada, pois trata-se de um quadro de sepsis urinária.
 - B) inadequada, pois o corticoide está indicado apenas no choque séptico.
 - C) correta, pois houve melhora dos parâmetros hemodinâmicos mensurados.
 - D) indevida, pois a noradrenalina deve ser usada somente após expansão volêmica.
13. Paciente na UTI sob ventilação mecânica invasiva, recebendo fentanil endovenoso contínuo. Durante a fisioterapia motora aparenta tensa, baixando as sobrancelhas, fletindo os membros superiores e assíncrona com o ventilador. A conduta mais apropriada nesse momento deve ser:
- A) Iniciar midazolam.
 - B) Resgate com fentanil.
 - C) Resgate com haloperidol.
 - D) Iniciar dexmedetomidina.
14. Paciente com 21 anos em ventilação mecânica, com sepsis grave secundária a condição aguda e reversível, evoluiu nas primeiras 24 horas com choque refratário a drogas vasoativas em doses elevadas (noradrenalina e vasopressina), assim como corticoide IV e antibioticoterapia de largo espectro, além de insuficiência renal. Foi abordado pelo médico diarista falando sobre objetivos de tratamento e prognóstico, considerando inclusive a aplicação de cuidados paliativos a partir daquele momento. Pode-se considerar que a conduta foi:
- A) Inadequada, pois era condição reversível.
 - B) Adequada e de acordo com o proposto na literatura atual.
 - C) Inoportuna, pois é muito cedo para abordar prognóstico nesse caso.
 - D) Oportuna apesar de inapropriada pois não deve ser discutido objetivos de tratamento com familiares.

15. Paciente foi recebido na UTI, sob ventilação mecânica, com choque de etiologia desconhecida. Foi puncionada a artéria radial para mensuração da pressão arterial invasiva e coleta de gasometria arterial, acesso central para infusão de volume e medicamentos e passada sonda vesical de demora. O próximo passo com melhor recomendação para guiar o tratamento do choque é:
- A) iniciar mensuração da pressão venosa central para avaliar fluidoresponsividade.
 - B) instalar cateter de artéria pulmonar para mensuração do débito do ventrículo direito.
 - C) colher gasometria venosa central para guiar reposição volêmica e uso de inotrópico.
 - D) realizar ecocardiografia à beira-leito para mensuração do débito após prova volêmica.
16. Mulher de 65 anos foi internada na UTI em choque séptico secundário a pielonefrite aguda. Chegou na UTI em uso de noradrenalina, com pressão arterial média de 50mmHg e com lactato arterial de 7 mmol/L. No ecocardiograma transtorácico a beira-leito o ventrículo direito se mostrou com tamanho pequeno e função normal, e na avaliação do ventrículo esquerdo, foi identificado o sinal de “kissing-wall”. Nesse momento, a conduta mais adequada é:
- A) início da infusão de nitroprussiato.
 - B) introdução do inotrópico dobutamina.
 - C) aumento do vasoconstritor noradrenalina.
 - D) expansão volêmica com solução de Ringer.
17. Jovem de 18 anos, vítima de trauma automobilístico com fratura de coluna, está internado há 2 dias na UTI sob ventilação mecânica invasiva. Evoluiu com infiltrado pulmonar bilateral, necessidade de FIO₂ de 100% e PEEP de 15cmH₂O, com PaO₂/FIO₂ de 100, pH 7,1 e PaCO₂ de 55mmHg com Pplatô de 32cmH₂O. O ecocardiograma realizado foi normal. Nesse momento, a conduta mais adequada é:
- A) redução da PEEP para 12cmH₂O.
 - B) redução da Pplatô para 28cmH₂O.
 - C) ventilação mecânica invasiva com paciente em posição prona por 18 horas.
 - D) suporte com circulação extracorpórea venovenosa e membrana de oxigenação.
18. Homem de 70 anos, previamente hígido, chegou à emergência com rebaixamento súbito do nível de consciência, PA: 90x60mmHg e SaO₂ 93%. Glicemia capilar de 120mg/dL. A tomografia computadorizada de crânio sem contraste realizada encontra-se abaixo. Quanto a expansão volêmica nesse caso, a melhor escolha é:



- A) cloreto de sódio 0,9%.
- B) solução de glicose 5%.
- C) albumina humana 20%.
- D) solução de hidroxietilamido 60mg/mL.

19. Mulher de 70 anos, sem morbidades prévias, há 2 dias com quadro de tosse produtiva, dispneia aos médios esforços e febre. Evoluiu com piora do desconforto e sonolência, tendo sido atendida na emergência e encaminhada para UTI devido frequência respiratória de 28irpm e gasometria arterial com SaO₂ de 89% com cateter de O₂. Os exames iniciais revelaram uma leucometria de 20.000/mm³, com 10% de bastões, proteína C reativa de 25mg/dL, procalcitonina de 0,1ng/mL (referência < 0,5 ng/mL) e radiografia de tórax com infiltrado alveolar bilateral. Nesse momento, a conduta mais adequada é iniciar:
- A) diurético, independente do estado volêmico da paciente.
 - B) antibioticoterapia, independente do valor da procalcitonina.
 - C) corticoide, considerando a possibilidade de infecção por influenza.
 - D) ventilação não invasiva, considerando o diagnóstico de pneumonia.
20. Paciente no segundo dia de internamento na UTI por sepse abdominal secundária a apendicite aguda, tendo sido submetido a apendicectomia. Encontra-se intubado, em uso de noradrenalina em dose baixa e iniciou dieta enteral com 15kcal/Kg/dia por sonda em posição gástrica com infusão contínua. Apresentou leve distensão abdominal. No terceiro dia foi optado por aumentar a oferta de dieta enteral com 25Kcal/kg/dia. Podemos dizer que essa conduta foi:
- A) adequada, já que o paciente não apresentou intolerância a dieta enteral.
 - B) adequada, pois a noradrenalina em dose baixa não impede progredir a dieta enteral.
 - C) inadequada, pois a oferta deveria ser aumentada após o quarto dia da recuperação.
 - D) inadequada, pois essa seria uma indicação de iniciar nutrição parenteral suplementar.