



# SURCE

SELEÇÃO UNIFICADA PARA RESIDÊNCIA  
MÉDICA DO ESTADO DO CEARÁ

Edital Nº 03/2015

**RESIDÊNCIA MÉDICA 2016**

**CADERNO DE QUESTÕES**

**DATA: 1º DE NOVEMBRO DE 2015.**

**PROGRAMAS COM ANOS ADICIONAIS: 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 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 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 **2 (duas) horas** e o tempo mínimo de permanência em sala de prova é de **1 (uma) hora**.
06. É terminantemente proibida a cópia do gabarito.
07. O gabarito individual do participante será disponibilizado em sua área privativa na data prevista no Anexo III, conforme no subitem 8.3.18 do Edital.
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 e após a assinatura da Ata de Aplicação.

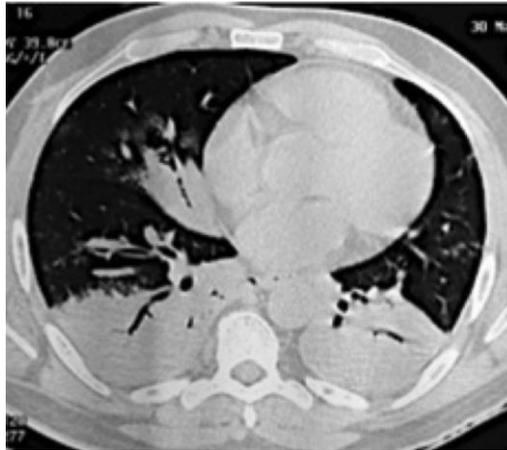
Boa prova!

Inscrição

Sala

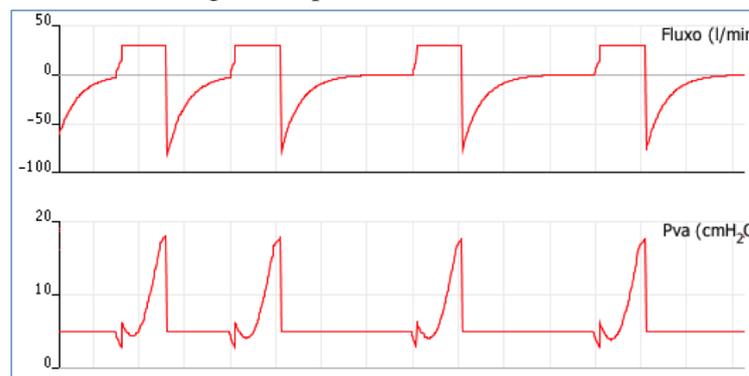
**Seleção Residência Médica 2016**

01. Mulher de 39 anos, obesa, foi admitida na UTI há 3 dias por pancreatite grave evoluindo com insuficiência respiratória sendo intubada no 2º dia de internação. Seu raio-x de tórax mostrava opacidades pulmonares bilaterais e uma TC evidenciava os achados mostrados na figura abaixo. A gasometria arterial colhida com uma  $F_{iO_2}$  de 40% com uma PEEP:10cmH<sub>2</sub>O mostrava pH:7,36, PaCO<sub>2</sub>:43mmHg, PaO<sub>2</sub>:70mmHg, SaO<sub>2</sub>:95%, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>:24. Ao exame, apresentava sons brônquios em bases pulmonares e redução do murmúrio vesicular globalmente. O abdome apresentava distensão. A pressão intra-abdominal indicava 11mmHg.



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

- Qual o diagnóstico mais adequado à condição desta paciente?
- A) Derrame pleural bilateral secundário à pancreatite.
  - B) Síndrome da Angústia Respiratória Aguda forma leve.
  - C) Síndrome da Angústia Respiratória Aguda forma moderada.
  - D) Atelectasias bilaterais por distensão e aumento da pressão intra-abdominal.
02. Você está avaliando um paciente portador de DPOC que deu entrada na UTI com AVC isquêmico frontoparietal esquerdo extenso, com Glasgow 7, sem instabilidade hemodinâmica, com roncocal ausculta respiratória. Caso a gasometria arterial revele pH 7,30 PaCO<sub>2</sub>: 50mmHg PaO<sub>2</sub>: 66mmHg HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 24 mEq/L SaO<sub>2</sub>: 93%, a assistência respiratória mais apropriada nesse contexto seria:
- A) nebulização com B2 adrenérgico.
  - B) oxigenioterapia com cateter nasal.
  - C) ventilação invasiva com pressão positiva.
  - D) ventilação não invasiva com pressão positiva.
03. Homem, 59 anos, na UTI por quadro de AVC isquêmico, foi intubado por rebaixamento de sensório. Evoluiu com melhora quando foram observadas alterações nas curvas do ventilador mecânico que são mostradas na figura abaixo. Encontra-se no modo ciclado a volume com um volume corrente de 450ml (ou 7ml/kg de seu peso ideal).

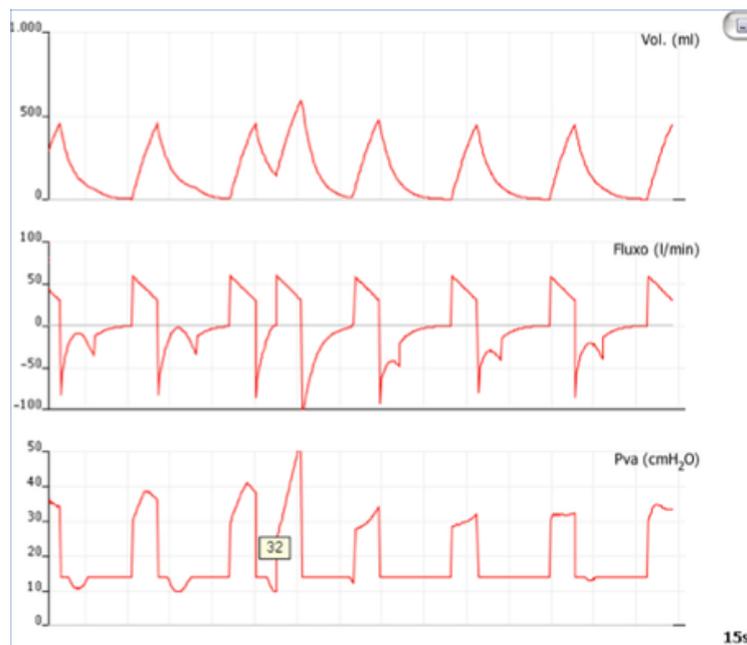


Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 2)

Qual a melhor interpretação para os achados observados?

- A) Há assíncrona de fluxo.
- B) Há assíncrona de disparo.
- C) Há assíncrona de ciclagem.
- D) Há assíncrona de volume corrente.

04. Um homem de 61 anos foi admitido na UTI com dispneia, tosse com expectoração e febre há 3 dias. Foi intubado ainda na emergência por insuficiência respiratória. O raio-x de tórax mostrava opacidades alveolares nas bases, bilateralmente. A gasometria arterial colhida com o paciente sedado (RASS:-5), no modo VCV, com VC: 420ml (6ml/kg peso ideal), f: 26crpm, PEEP: 16cmH<sub>2</sub>O, FiO<sub>2</sub>: 60% e Pressão de pausa: 28cmH<sub>2</sub>O, mostrou: pH: 7.33, PaO<sub>2</sub>: 70mmHg, PaCO<sub>2</sub>: 54mmHg, HCO<sub>3</sub>: 24 mEq/l e SaO<sub>2</sub>: 97%. O ecocardiograma mostrou hipertensão pulmonar com leve disfunção do ventrículo direito. O paciente apresentava uso de musculaturas acessórias da respiração e fazia uma frequência respiratória superior ao programado. As curvas de ventilação mecânica são mostradas abaixo.



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

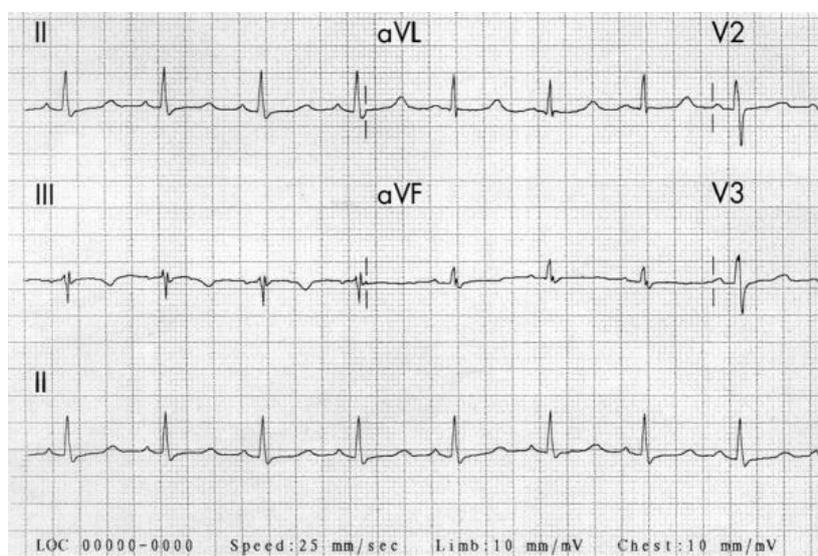
Que conjunto de intervenções seria o mais recomendável para o caso, no momento?

- A) Administração de cisatracúrio e posição prona.
- B) Mudança para posição prona e aprofundamento da sedação.
- C) Manobras de recrutamento alveolar e mudança para modo PCV.
- D) Administração de óxido nítrico e aumento da frequência programada.

05. Homem de 60 anos, com perda de cerca de 15 kg em 4 meses, associada a disfagia e vômitos. Realizou endoscopia que revelou neoplasia gástrica e foi internado para tratamento cirúrgico. Esta em jejum devido intolerância alimentar, não sendo possível a passagem de sonda enteral por via endoscópica. Iniciou terapia nutrição parenteral no pré-operatório, evoluindo após 48 horas com glicemias em torno de 120mg/dL, hipofosfatemia e hipocalemia. O provável mecanismo envolvido nessas alterações eletrolíticas é:

- A) diurese osmótica.
- B) perda através de vômitos.
- C) baixa oferta na nutrição parenteral.
- D) captação celular estimulada pela insulina.

06. Jovem de 28 anos com história de *diabetes mellitus* tipo 1 desenvolve uma infecção no trato respiratório superior e febre. Foi trazido ao pronto-socorro com poliúria e sede, com temperatura de 38,5°C, PA de 110/70 mmHg deitado e 85/60 mmHg sentado. Ausculta pulmonar com roncosp e estertores discretos. Foi realizada expansão volêmica com melhora da hipotensão postural na emergência e encaminhado à UTI onde os exames laboratoriais iniciais colhidos já nessa unidade revelaram glicemia: 300 mg/dl, ureia: 38 mg/dl; creatinina: 2,1 mg/dl; sódio: 133 mEq/l; potássio: 5,1 mEq/l; cloro: 90 mEq/l; bicarbonato: 10 mEq/l e pH: 7,2. Nesse momento, o intensivista deve iniciar a infusão de insulina regular na dose de 0,1 U/Kg/h contínua por via intravenosa e de:
- solução glicosado a 5% na vazão de 150 a 250ml/h.
  - solução de cloreto de sódio a 0,45% na vazão de 250 a 500ml/h.
  - solução de bicarbonato de sódio, 50mEq em 200ml de água livre IV em 1 hora.
  - solução de cloreto de sódio a 0,9% com cloreto de potássio, 20 a 30mEq/L IV em 2h.
07. Paciente, no pós-operatório de tireoidectomia total, encontrava-se na sala de recuperação pós-anestésica quando passou a apresentar quadro de espasmos musculares generalizados, câibras, parestesias periodais. O intensivista foi chamado para avaliar essa intercorrência e solicitou um eletrocardiograma, o qual encontra-se abaixo:



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 4)

- A conduta mais adequada a ser tomada pelo intensivista, nesse momento, é administrar:
- cálcio.
  - potássio.
  - magnésio.
  - hormônio tireoideano.
08. Homem de 65 anos, sem doença prévia, estava internado para realizar colecistectomia laparoscópica. Na manhã da cirurgia, apresentou dor precordial típica e foi trazido para UTI. Ao exame, encontrava-se pálido, com FC de 100bpm, PA de 100x70mmHg, FR de 24irpm, ausculta com presença de B3 e com estertores crepitantes em terço inferior de ambos os pulmões. O ECG na admissão nessa unidade revelou um infradesnivelamento do segmento ST em V1, V2 e V3, ausente nos exames pré-operatórios. Foram iniciados ácido acetilsalicílico e clopidogrel, anticoagulação com heparina de baixo peso molecular, suplementação de oxigênio com cateter nasal e nitroglicerina intravenosa. Após cerca de 10 minutos houve melhora da dor, da taquipneia e da alteração eletrocardiográfica. O resultado dos exames colhidos na urgência saíram após uma hora e mostrou uma creatinina de 1mg/dl e aumento da troponina. Nesse momento, a melhor conduta do intensivista seria indicar:
- cineangiocoronariografia de emergência, em até duas horas.
  - cineangiocoronariografia precoce, no prazo de até 24 horas.
  - cineangiocoronariografia programada, próximo a alta hospitalar.
  - estratificação não invasiva com ecocardiograma ou cintilografia miocárdica com estresse.

09. Homem de 58 anos, internado na UTI por rebaixamento do nível de consciência secundário a infartos multilobares, vem evoluindo com hipertensão intracraniana refratária à medidas habituais. Encontra-se sedado com RASS -5 e estável hemodinamicamente. No momento, a PIC encontra-se em 25mmHg por mais de 10 minutos. O neurocirurgião descartou necessidade de intervenção cirúrgica. Qual medida para controle da hipertensão intracraniana deve ser implementada nesse momento?
- A) Cabeceira do leito elevada a mais de 45°.  
 B) Indução de coma barbitúrico com tionembutal.  
 C) Hiperventilação com o objetivo de manter a PaCO<sub>2</sub> entre 20-25 mmHg.  
 D) Furosemida em infusão contínua com o objetivo de manter balanço hídrico negativo.
10. Mulher de 65 anos, internada na UTI por sepse urinária, encontra-se sedada com RASS -5 e em ventilação mecânica controlada (volume corrente de 8ml/Kg). Está evoluindo com instabilidade hemodinâmica (PA: 80x50mmHg). No ecocardiograma solicitado para auxiliar no diagnóstico da causa da hipotensão não são detectadas disfunção miocárdica e nem valvopatias. O índice de distensibilidade da veia cava inferior encontrado foi de 22%. Qual a melhor conduta a ser tomada para otimização hemodinâmica da paciente, nesse momento?
- A) Reposição volêmica com cristaloides.  
 B) Suporte inotrópico com dobutamina.  
 C) Suporte vasopressor com noradrenalina.  
 D) Correção de insuficiência adrenal com hidrocortisona.
11. Você está conduzindo um paciente enfisematoso em ventilação mecânica. No momento, o paciente encontra-se em modo assistido-controlado, com sensibilidade a pressão e frequência respiratória de 10 ipm. Houve resolução do broncoespasmo porém você nota desconforto respiratório do paciente. A mecânica respiratória mostra complacência estática de 60ml/cmH<sub>2</sub>O, resistência de vias aéreas de 15 cmH<sub>2</sub>O/L/s e Auto-PEEP de 10 cmH<sub>2</sub>O. Os demais parâmetros do ventilador bem como as curvas dos ciclos respiratórios são mostrados na figura.



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 5)

Nesse contexto, a conduta mais apropriada que irá reduzir o desconforto do paciente será:

- A) reduzir o Fluxo inspiratório.  
 B) aumentar o Volume corrente.  
 C) trocar a Sensibilidade para fluxo.  
 D) aumentar a Frequência respiratória.
12. Paciente de 25 anos, com sepse de foco de pele, foi admitido na UTI com insuficiência respiratória, sendo colocado em ventilação mecânica. Após reposição volêmica com 2.000ml de cristalóide e a necessidade de doses crescentes de noradrenalina, o paciente continua instável hemodinamicamente. Qual e melhor conduta a ser tomada entre as opções abaixo?
- A) Dosar cortisol sérico basal.  
 B) Realizar teste de estimulação com ACTH.  
 C) Iniciar hidrocortisona 200mg/dia IV contínuo.  
 D) Iniciar metilprednisolona 500mg IV a cada 24h.

13. Homem de 38 anos, no 47º dia de UTI por pancreatite necro-hemorrágica. Encontra-se sedado (RASS -5) e em ventilação mecânica com estratégia protetora. Está em uso de noradrenalina na dose de 0,4mcg/Kg/min. Vem recebendo suporte nutricional parenteral há mais de 2 semanas. Nas últimas 12h, o paciente fez dois picos febris de 39°C. A cobertura antimicrobiana atual é piperacilina-tazobactam, teicoplanina e fluconazol. Foi decidido trocar a cobertura para Gram negativo por meropenem. Devido a gravidade do paciente, a equipe também decidiu ampliar empiricamente a cobertura antifúngica. Com esse objetivo, a melhor conduta no momento é iniciar:
- A) Itraconazol.
  - B) Voriconazol.
  - C) Anfotericina B.
  - D) Equinocandina.
14. Um paciente de 75 anos, foi admitido na UTI apresentando insuficiência respiratória e insuficiência renal devido a um quadro de sepse grave a partir de foco urinário. Fazia tratamento para CA de próstata disseminado com metástases ósseas e pulmonares. A coluna vertebral comprometida com paraparesia e tinha fortes dores aliviadas apenas com morfina em doses consideradas elevadas. Encontrava-se em ventilação mecânica com grave hipoxemia ( $PaO_2$ :66mmHg com  $FiO_2$  de 50%), sedado (RASS:-4), em uso de noradrenalina com PAM de 68mmHg e níveis elevados de Ureia (150mg/dl) e de Creatinina (2,5mg/dl). A família, esposa e filhos, muito religiosos, católicos, questionaram o coordenador médico da UTI sobre a melhor conduta a ser tomada no momento. Este recomendou que, desde que os familiares concordassem, fossem instituídos cuidados exclusivamente paliativos, uma vez que a expectativa de cura ou reversibilidade do quadro não seria razoável. Assim, sugeriu a interrupção de infusão de drogas vasoativas, aprofundamento da sedação e analgesia e não instituição de hemodiálise, por ora. Qual a melhor avaliação da recomendação do coordenador médico da UTI à luz do Código de Ética Médica e recentes resoluções sobre cuidados paliativos e terminalidade?
- A) Inadequada, suspende um dos suportes de vida e pode se caracterizar como crime penal.
  - B) Adequada, alinha-se a resoluções do Conselho Federal de Medicina e Código de Ética Médica.
  - C) Inadequada, a decisão final sobre esta conduta caberia exclusivamente aos familiares do paciente.
  - D) Adequada, porém não viável pois fere o atual Código de Ética Médica e a legislação penal no Brasil.
15. Um paciente encontra-se na UTI devido a quadro de edema agudo de pulmão sem melhora após instituição de ventilação não invasiva sendo optado por intubação endotraqueal imediata. Qual conjunto de drogas devem ser empregadas para este procedimento?
- A) Etomidato, fentanil e rocurônio.
  - B) Propofol, morfina e cisatracúrio.
  - C) Midazolam, morfina e pancurônio.
  - D) Dexmedetomidina, remifentanil e succinilcolina.
16. Mulher de 45 anos foi intubada para realização de uma cirurgia de hemicolecomia para ressecção de adenocarcinoma de cólon. A intubação foi considerada difícil devido a problemas anatômicos. Além disso, a paciente apresenta grave cifoescoliose por sequela de poliomielite na infância. A equipe da UTI conseguiu progredir um desmame após 24h deixando-a em ventilação no modo de pressão de suporte com 7cmH<sub>2</sub>O de pressão de suporte e PEEP:5cmH<sub>2</sub>O. A gasometria arterial mostrava pH:7,40,  $PaCO_2$ :39mmHg,  $PaO_2$ :85mmHg,  $SaO_2$ :97% com  $FiO_2$  de 25%. Optou-se por se fazer o teste de vazamento ou "*cuff leak test*" para avaliação de permeabilidade de vias aéreas. Durante o teste, no modo VCV, verificou-se: Volume corrente exalado: 500ml antes do teste, e 480ml após a desinsuflação completa do balonete do tudo endotraqueal sem outras alterações. Qual conduta seria a mais recomendável, com base no resultado do teste de desinsuflação do balonete?
- A) Teste de respiração espontânea em tubo T por 2h.
  - B) Extubação imediata acompanhada por broncoscopista.
  - C) Extubação imediata seguida de ventilação não invasiva.
  - D) Administração de corticoesteroides IV e reavaliação em 24h.

17. Você está conduzindo um paciente com exacerbação de DPOC em ventilação invasiva que evoluiu com controle clínico e encontra-se confortável em CPAP + Pressão de suporte baixa com hipercapnia compensada, porém apresentando sucessivas falhas nos testes de respiração espontânea por fadiga muscular respiratória, sem alteração do teste de vazamento do balonete. Nesse contexto, caso o paciente não apresente nenhuma outra disfunção orgânica e sua equipe da UTI seja experiente, a estratégia mais adequada para que a extubação tenha sucesso será:
- A) curso de Metilprednisolona 12 a 24h antes da extubação.
  - B) máscara de Venturi se falência respiratória pós-extubação.
  - C) ventilação não invasiva imediatamente após extubação.
  - D) ventilação não invasiva se falência respiratória pós-extubação.
18. Mulher de 40 anos, evoluindo com vômitos e dor abdominal em região epigástrica com irradiação para o dorso de início há 24 horas, foi trazida ao hospital, sendo admitida desidratada, com pressão arterial de 90x70mmHg, frequência cardíaca de 110bpm e frequência respiratória de 26rpm. Expansão volêmica com solução de Ringer com lactato foi iniciada ainda na emergência. Os exames revelaram amilase de 400U/L (normal até 125U/L), lipase de 500U/L (normal até 67U/L) e creatinina de 2mg/dL. A paciente foi submetida a tomografia de abdome com contraste no momento da admissão que revelou edema pancreático. Baseando-se nesses dados, o plantonista da emergência deveria:
- A) manter a paciente na emergência com expansão volêmica para resolução do quadro.
  - B) internar na UTI pois há critérios suficientes para classificar a pancreatite aguda como grave.
  - C) encaminhar ao centro cirúrgico para abordagem cirúrgica pois se trata de uma pancreatite aguda grave.
  - D) manter tratamento clínico na enfermaria pois não foi identificada necrose pancreática na tomografia.
19. Mulher de 26 anos, previamente hígida, apresentou episódio de dispneia súbita sem causa aparente, associada a dor torácica ventilatório dependente e tosse seca. Foi trazida ao hospital devido piora da taquipneia e episódio único de hemoptise. Ao exame, encontrava-se pálida, sudoreica, com pressão arterial de 90x70mmHg, frequência respiratória de 25irpm, frequência cardíaca de 110bpm e a ausculta revelou presença de 4ª bulha e atrito pleural à ausculta do hemitórax direito. O raio-x de tórax foi normal e o ECG revelou uma taquicardia sinusal. Com objetivo de confirmar o diagnóstico, o médico deveria solicitar, nesse momento:
- A) angiografia pulmonar.
  - B) cintilografia pulmonar de ventilação/perfusão.
  - C) ultrassonografia com doppler de membros inferiores.
  - D) angiotomografia computadorizada de tórax helicoidal.
20. Você está de plantão numa central de leitos de terapia intensiva. Há 4 pacientes para os quais foi solicitado leito de UTI com os seguintes quadros: Paciente 1: Homem de 79 anos, com fibrose pulmonar em estágio avançado, dependente de oxigenoterapia domiciliar, com parkinson e demência, restrito ao leito, com pneumonia bilateral e insuficiência respiratória. Paciente 2: Mulher de 42 anos, em choque séptico por infecção urinária, com metástases ósseas de CA de mama em tratamento quimioterápico de resgate. Paciente 3: Mulher de 29 anos, puérpera, com miocardite aguda e edema agudo de pulmão. Paciente 4: Homem de 18 anos com crise de asma moderada há 2h em observação na emergência. Que avaliação seria mais adequada para hierarquizar os pacientes quanto à prioridade para admissão em UTI, em ordem decrescente (ou seja, da maior para a menor prioridade).
- A) Pacientes 2, 3, 4 e 1
  - B) Pacientes 3, 4, 1 e 2
  - C) Pacientes 4, 3, 2 e 1
  - D) Pacientes 3, 2, 4 e 1