

MEDICINA INTENSIVA

14/04/2013

SÓ ABRA ESTE CADERNO QUANDO AUTORIZADO
LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES

1. Este caderno consta de 25 questões objetivas de Anestesiologia, Cirurgia Geral e Clínica Médica.
2. Quando for permitido abrir o caderno, verifique se ele está completo ou se apresenta imperfeições gráficas que possam gerar dúvidas. Se houver algum defeito dessa natureza, peça ao aplicador de prova para entregar-lhe outro exemplar.
3. Não é permitida a consulta a pessoas, livros, dicionários, apostilas ou a qualquer outro tipo de material.
4. Cada questão apresenta quatro alternativas de resposta, das quais apenas uma é a correta. Preencha no cartão-resposta a letra correspondente à resposta assinalada na prova.
5. Transfira as respostas para o cartão, observando atentamente a numeração das questões.
6. No cartão, as respostas devem ser marcadas com caneta esferográfica de tinta **PRETA**, preenchendo-se integralmente o alvéolo, rigorosamente dentro dos seus limites e sem rasuras.
7. Esta prova tem a duração de **quatro horas**, incluindo o tempo destinado à coleta de impressão digital, às instruções e à transcrição para o cartão-resposta.
8. Você só poderá retirar-se definitivamente da sala e do prédio após terem decorridas **uma hora e trinta minutos** de prova e poderá levar o caderno de prova somente a partir das **15h30min**, desde que permaneça em sala até esse momento.
9. **AO TERMINAR, DEVOLVA O CARTÃO-RESPOSTA AO APLICADOR DE PROVA.**

— QUESTÃO 01 —

Há pacientes em que a manipulação da via aérea pode apresentar complicações por dificuldade na ventilação sob máscara e/ou na intubação orotraqueal. Desse modo, há fator preditivo de ventilação e/ou intubação difícil no seguinte caso:

- (A) paciente em que, na posição sentada, com a boca totalmente aberta, visualiza-se o palato mole sem a úvula ou os pilares amigdalianos.
- (B) paciente que, com a cabeça em extensão, apresenta distância entre o bordo inferior do mento e a proeminência da cartilagem tireoide maior do que 6 cm (três dedos médios).
- (C) paciente que, com a boca em sua máxima abertura, apresenta distância entre os dentes incisivos maior que 4 cm.
- (D) paciente em que, na posição sentada, com a boca totalmente aberta, há visualização de qualquer parte da epiglote durante o teste de Mallampatti.

— QUESTÃO 02 —

A principal indicação para sedação é aliviar o medo e a ansiedade, controlar estados confusionais agudos, manter a via aérea artificial, manter estado de imobilidade, promover amnésia para procedimentos diagnósticos ou terapêuticos. A avaliação da sedação pode ser feita por meio de exame físico, utilização de escalas e monitorização não invasiva pelo índice bispectral (BIS). Nesse processo,

- (A) o estado clínico de inconsciência corresponde ao valor do BIS em 70.
- (B) a sedação mínima ou ansiólise limita a resposta do paciente aos estímulos dolorosos.
- (C) o nível clínico 3 na escala de Ramsay corresponde a um paciente dormindo, resposta discreta ao estímulo tátil ou auditivo.
- (D) a sedação nível 4 na escala de Ramsay permite responsividade normal ao estímulo verbal.

— QUESTÃO 03 —

Durante craniotomias em posição sentada, a embolia aérea pode ser uma complicação. No diagnóstico desta complicação,

- (A) a ecocardiografia transesofágica é um método sensível para sua detecção.
- (B) a queda da pressão arterial e a hipofonese de bulhas cardíacas são sinais precoces de sua ocorrência.
- (C) o aumento na concentração expirada de CO₂ é característica de sua ocorrência.
- (D) a diminuição do débito cardíaco com a queda abrupta do CO₂ expirado descarta sua ocorrência.

— QUESTÃO 04 —

Os dois efeitos colaterais mais relevantes no uso clínico dos bloqueadores neuromusculares (BNM) são o bloqueio autonômico e a liberação de histamina. No bloqueio autonômico,

- (A) o efeito colateral estará ausente se a margem de segurança for igual ou menor que 1.
- (B) a intensidade das respostas autonômicas é reduzida pela injeção lenta do BNM.
- (C) o pancurônio bloqueia os receptores muscarínicos vagais e apresenta ação bloqueadora ganglionar importante.
- (D) o vecurônio não tem ação sobre os gânglios autonômicos nem sobre os receptores muscarínicos cardíacos e não causa liberação de histamina.

— QUESTÃO 05 —

A hipotermia (T central < 36°C) ocorre com grande frequência durante o procedimento anestésico-cirúrgico, podendo ser intencional ou inadvertida. A hipotermia intraoperatória

- (A) promove alterações na farmacocinética e na farmacodinâmica dos bloqueadores neuromusculares, opioides e hipnóticos endovenosos e não nos agentes inalatórios.
- (B) deve ser monitorada em pacientes submetidos à anestesia geral a partir de duas horas de procedimento.
- (C) pode proporcionar infecções da ferida cirúrgica, prolongando a hospitalização e aumentando substancialmente os custos.
- (D) promove alterações na farmacocinética dos anestésicos locais, tornando a ropivacaína mais cardiotoxicidade que a bupivacaína.

— QUESTÃO 06 —

Em anestesia, em unidade de terapia intensiva, para controle da via aérea,

- (A) a máscara laríngea pode ser usada durante a reanimação (parada cardiorrespiratória) de pacientes com intubação difícil.
- (B) a traqueofibrosopia é contraindicada em pacientes com estenose subglótica.
- (C) a intubação retrógrada é uma boa opção para intubação traqueal, nos casos de bócio com desvio importante da traqueia.
- (D) o uso de estilete com iluminação dispensa a anestesia das regiões inervadas pelos ramos do nervo vago, para realização da intubação em paciente acordado.

— QUESTÃO 07 —

Na utilização da oximetria de pulso para monitorizar um paciente, deve-se considerar como fator que interfere na sua medida o uso de:

- (A) anestésicos halogenados.
- (B) adrenalina.
- (C) propofol.
- (D) bloqueadores neuromusculares despolarizantes.

— QUESTÃO 08 —

A síndrome de angústia respiratória do adulto (SARA) é uma complicação grave de algumas patologias. Sabe-se que pacientes portadores dessa síndrome beneficiam-se com o uso de

- (A) PEEP.
- (B) hidratação liberal.
- (C) diminuição da dose dos analgésicos.
- (D) analépticos respiratórios.

— QUESTÃO 09 —

Transfusão sanguínea pode ser de grande necessidade em um paciente grave, em choque. Nessa condição, a melhor maneira de se avaliar a necessidade de transfusão sanguínea em um paciente é a utilização de

- (A) oximetria de pulso.
- (B) análise dos gases arteriais.
- (C) pressão arterial média.
- (D) saturação de oxigênio no sangue venoso central.

— QUESTÃO 10 —

Na síndrome de compartimento abdominal (SCA),

- (A) o edema retroperitoneal pós-cirúrgico é fator de baixo risco.
- (B) a pancreatite aguda é fator de baixo risco.
- (C) a ressuscitação volêmica agressiva com cristaloides, mais de 6 litros em 6 horas, favorece o seu desenvolvimento.
- (D) o hiperperistaltismo intestinal contribui para o seu desenvolvimento.

— QUESTÃO 11 —

A ventilação não invasiva é contraindicada em

- (A) pós-operatório imediato de esofagoplastia.
- (B) pós-operatório imediato de lobectomia pulmonar.
- (C) laparotomia supraumbilical.
- (D) toracofrenolaparotomia.

— QUESTÃO 12 —

No manejo volêmico de um paciente em pós-operatório imediato de cirurgia abdominal, é adequado o seguinte procedimento:

- (A) uso de volume entre 50-60 ml/kg, em 24 horas, considerando o balanço peroperatório equilibrado.
- (B) uso de volume entre 30-50 ml/kg, em 24 horas, independente do balanço peroperatório.
- (C) manutenção de infusão de fluidos até que o volume urinário esteja em torno de 50 a 100 ml/h.
- (D) indicação semelhante de infusão de coloides e cristaloides.

— QUESTÃO 13 —

Paciente obeso, 75 anos, entra no serviço de um grande hospital geral, encaminhado da unidade primária de atendimento, com queixa de que há seis dias apresenta dor abdominal intensa, distensão abdominal e vômitos. Há dois dias apresenta dispneia e diminuição do volume urinário. Os exames complementares mostram amilase de 1340 UI, DHL de 760, leucócitos totais de 22.500 com neutrofilia e desvio a esquerda (1350 bastões). Realizou, hoje, tomografia computadorizada dinâmica que revelou a presença de necrose pancreática maior que 50% e coleção líquida no espaço pararenal anterior.

É considerada uma conduta adequada para esse caso:

- (A) uso de aminoglicosídeo endovenoso associado a cefalosporina de primeira geração, com a finalidade de diminuir a incidência de infecção da necrose pancreática.
- (B) repetição da tomografia computadorizada de abdome, pois a necrose pancreática só é visível a partir do décimo dia de doença.
- (C) encaminhamento para a tomografia a fim de se punccionar a coleção, enviar o material para coloração pelo Gram e, se houver presença de bactérias coráveas, indicar tratamento cirúrgico.
- (D) manutenção do paciente em uso de imipenem e suporte nutricional, de preferência enteral, contraindicando-se, no momento, o tratamento cirúrgico.

— QUESTÃO 14 —

Em pacientes que dão entrada na unidade de emergência de um hospital com hemorragia digestiva baixa,

- (A) a realização de colonoscopia beneficia imediatamente aqueles que apresentarem instabilidade hemodinâmica devido ao sangramento.
- (B) o sangramento por doença diverticular dos cólons, na arteriografia, é detectável na fase venosa.
- (C) as ectasias vasculares do cólon acometem em geral indivíduos com menos de 40 anos de idade.
- (D) o uso crônico de anti-inflamatórios não hormonais aumenta o risco de sangramento diverticular.

— QUESTÃO 15 —

Um paciente de 80 anos, internado na unidade coronariana de um hospital geral há cinco dias após um episódio de arritmia cardíaca acompanhada de diminuição do débito cardíaco, subitamente apresenta quadro de dor abdominal e distensão abdominal difusa. Cerca de 24 horas depois sofreu parada cardíaca não revertida por manobras usuais.

Na necropsia, qual o achado mais provável?

- (A) Áreas de necrose em todo o intestino, intercaladas com áreas sem necrose.
- (B) Presença de necrose do intestino, desde o ângulo de Treitz até a metade direita do cólon transverso.
- (C) Artéria mesentérica superior ocluída na sua origem por um trombo.
- (D) Presença de intestino delgado muito espessado, de coloração arroxeada, com presença de sangue vivo na cavidade abdominal.

— QUESTÃO 16 —

Paciente com 58 anos, atendido no pronto-socorro, vítima de acidente automobilístico ocorrido há 40 minutos. Apresentava-se confuso, com rebaixamento importante do nível de consciência, com disfonia e intonação nasal, e fratura de órbita direita e mandíbula. A pressão arterial era de 100 por 60 mmHg e a frequência cardíaca de 130 bpm. A saturação periférica de oxigênio era de 85%. Havia sinal de trauma torácico, com hematoma em hemitórax direito.

A conduta imediata a ser tomada é:

- (A) reposição de volume com solução cristaloide até estabilização hemodinâmica. Caso não ocorra resposta clínica imediata, deve-se iniciar o tratamento com drogas vasoativas.
- (B) realização de tomografia de crânio e tórax para avaliação de possíveis lesões traumáticas cranioencefálicas e torácicas que justificariam a instabilidade hemodinâmica do paciente.
- (C) minimização do risco de insulto secundário, assegurando a perviedade das vias aéreas adequadamente, pois se trata de paciente com possível lesão traumática de laringe.
- (D) avaliação do nível de consciência pela Escala de Coma de Glasgow (ECG), sendo também fundamental a avaliação de resposta motora e padrão pupilar.

— QUESTÃO 17 —

Paciente portador de DPOC, em ventilação mecânica há uma semana, com quadro clínico estável, mantendo uma saturação de oxigênio de 97%, FiO₂ de 30% e já em processo de desmame. Subitamente apresenta uma queda brusca da saturação de oxigênio e da pressão arterial. Ao exame físico apresenta murmúrio vesicular abolido e abaulamento de hemitórax direito.

Qual conduta deve ser adotada imediatamente?

- (A) Solicitar RX de tórax.
- (B) Solicitar parecer do serviço de cirurgia torácica.
- (C) Realizar punção pleural com agulha grossa.
- (D) Retirar o paciente da ventilação mecânica e ventilar com ambu.

— QUESTÃO 18 —

JHA, do sexo masculino, 42 anos, admitido no pronto-socorro com queixa de tontura e um episódio de síncope há um dia após se levantar da cama para ir ao banheiro, com melhora rápida e espontânea. Informa ser hipertenso e ter doença de Chagas. Refere uso regular de digoxina 0,25mg/dia, carvedilol 25mg/dia, enalapril 40 mg/dia e amiodarona 100 mg/dia. Faz acompanhamento cardiológico há dois anos. Na última consulta, há uma semana, foram acrescentadas as duas primeiras medicações. Nega outras queixas cardiovasculares. Ao exame físico apresentava regular estado geral, corado, hidratado, afebril, eupneico e acianótico. Pulmões com MMV fisiológico e sem ruídos adventícios. Ritmo cardíaco irregular com FC: 45 bpm e PA: 120x80 mmHg. Traz ecocardiograma com FE de 55%, ilustrado a seguir.



Nesse caso, o diagnóstico eletrocardiográfico e a conduta mais adequada na admissão do paciente são, respectivamente,

- (A) ritmo de flutter atrial e implantar marcapasso definitivo e manter as medicações em uso.
- (B) ritmo de fibrilação atrial de baixa resposta e implantar marcapasso provisório e retirar a digoxina, o carvedilol e a amiodarona.
- (C) ritmo de flutter atrial e implantar marcapasso provisório e retirar a digoxina, o carvedilol e a amiodarona.
- (D) ritmo de fibrilação atrial de baixa resposta e implantar marcapasso definitivo e manter as medicações em uso.

— QUESTÃO 19

JAN, do sexo masculino, 65 anos, procurou assistência médica com queixa de febre há dois dias. Refere ainda tosse com expectoração amarelada, hiporexia e dor na parede lateral D do tórax, que piora com a respiração. Nega tabagismo. Nega internação recente. Informa ter hipertensão arterial sistêmica. Está em uso de anlodipina 10mg/dia. Ao exame encontrava-se em regular estado geral, corado, hidratado, dispneico com FR: 32 irpm, febril (39°C), boa perfusão periférica. Pulmões com diminuição do murmúrio vesicular no 1/3 inferior do hemitórax D associado a estertores crepitantes no mesmo hemitórax. RCR a 2T, FC: 88 bpm, PA 130x80 mmHg. Foi realizado RX de tórax que evidenciou velamento do 1/3 inferior do hemitórax D e condensação peri-hilar a D. Foi realizado toracocentese que evidenciou no líquido pleural: pH: 7,3, DHL: 300, glicose: 70, proteínas: 4, leucócitos: 500. Foram colhidos a seguir exames séricos que apresentaram os seguintes resultados: DHL: 400 e proteínas totais: 6.

Os diagnósticos e a conduta mais apropriados, nesse caso, são:

- (A) pneumonia, derrame pleural tipo transudato e antibioticoterapia.
- (B) pneumonia, derrame pleural tipo exsudato não complicado e antibioticoterapia.
- (C) pneumonia, derrame pleural tipo exsudato não complicado e drenagem torácica.
- (D) pneumonia, derrame pleural tipo empiema, antibioticoterapia e drenagem torácica.

— QUESTÃO 20

JPL, 35 anos, do sexo masculino, procura avaliação médica com queixa de fraqueza, mal-estar e tontura. Informa ter Lúpus eritematoso sistêmico. Relata uso há dois anos de hidroxiquina 400mg/dia e prednisona 20mg/dia. Viajou e está há duas semanas sem as medicações. Ao exame apresentava regular estado geral, rash malar bilateral, pulmões com murmúrio vesicular preservado, sem ruídos adventícios, RCR a 2T, FC: 100 bpm e PA 80x60 mmHg. Foi colhida glicemia capilar: 50 mg/dL.

Nesse caso, a alteração eletrolítica mais esperada na doença atual é:

- (A) hiponatremia.
- (B) hipernatremia.
- (C) hipocalcemia.
- (D) hipocalcemia.

— QUESTÃO 21

FBN, 52 anos, do sexo masculino, vem ao pronto-socorro com queixa de dor precordial súbita há 10 minutos, tipo ardor, sem irradiação, desencadeada durante esforço físico. Relata ser hipertenso, diabético e tabagista de longa data. Nega episódio semelhante anteriormente. Foi realizado o ECG ilustrado a seguir.



Nesse caso, o diagnóstico e a conduta mais adequados são, respectivamente,

- (A) infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST e cateterismo cardíaco imediatamente.
- (B) infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST e trombolítico imediatamente.
- (C) angina instável e trombolítico imediatamente.
- (D) angina instável e tratamento medicamentoso sem trombolítico.

— QUESTÃO 22

Um homem de 35 anos procurou o serviço médico com história de ter diagnosticado hepatite B crônica há três anos, ao doar sangue. Desde então tem estado assintomático. Há cerca de um mês iniciou com fadiga, astenia, mal-estar e aumento progressivo do volume abdominal. Nega outras comorbidades. É etilista social. Nega uso de medicações ou chás de ervas. Os antecedentes familiares são negativos, exceto por um tio que faleceu por câncer de fígado.

→ No exame físico o paciente apresentava-se icterício ++/4, com ascite moderada, ginecomastia e aranhas vasculares no tronco.

→ Nos exames laboratoriais: HBsAg +, HBeAg +, Alfa-feto-proteína: 40 ng/ml (VN < 10 ng/ml), Anti-HBc (IgM) +, TGO: 540 U/L, TGP: 620 U/L, Bilirrubina Total 7,0 mg/dl, Albumina: 2,8 g/L, Relação Normalizada Internacional (RNI): 2,0 Creatinina: 1,3 mg/dL, Hemoglobina: 10 g/dL, Leucócitos: 3000 cels/mm³, Plaquetas: 20.000 cels/mm³

→ HBV DNA: 1.324.000 IU/mL (limite inferior de detecção = 30 IU/mL)

→ Ultrassonografia de abdome com Doppler evidenciou um fígado cirrótico, com um nódulo de 4,5 cm, além de moderada ascite, circulação colateral perieplênica e esplenomegalia.

Neste caso,

- (A) o tratamento deve ser iniciado imediatamente com Peginterferon.
- (B) o tratamento específico do VHB deve ser iniciado com análogo nucleosídeo.
- (C) a presença de disfunção renal contraindica o uso de Entecavir.
- (D) a presença de nódulo hepático contraindica a realização de transplante.

— QUESTÃO 23 —

PFM, 32 anos, do sexo masculino, trabalhador rural, é levado ao pronto-socorro com quadro de confusão mental, salivação excessiva, lacrimejamento, liberação de esfíncter vesical, dispnéico, pulmões com roncos e sibilos difusos, taquicárdico, com dilatação das pupilas. Estava em tratamento de depressão. Familiar não sabe informar a medicação em uso. Foi feito o diagnóstico de intoxicação exógena.

Qual é a provável causa da intoxicação?

- (A) Piretroide
- (B) Paraquat
- (C) Carbamatos
- (D) Antidepressivo tricíclico

— QUESTÃO 24 —

Mulher de 38 anos de idade chega ao consultório de clínica médica com história de dispepsia há vários meses (não sabe precisar), fazendo uso por conta própria de antiácidos com melhora parcial do quadro. Há uma semana vem percebendo parestesia de membros superiores e dor ocasional, além de fraqueza e indisposição para o trabalho. O hemograma mostrou hemoglobina de 11,0 e pleocariócitos em sangue periférico.

Qual a principal hipótese diagnóstica?

- (A) Anemia ferropriva
- (B) Anemia hemolítica
- (C) Anemia falciforme
- (D) Anemia perniciosa

— QUESTÃO 25 —

Os sinais de hipertensão intracraniana não são sensíveis nem específicos. Os resultados físicos associados com elevação da PIC tornam-se aparentes apenas quando a hipertensão intracraniana se tornou suficientemente alta para causar dano cerebral. Esses sinais que compõem a tríade de Cushing são:

- (A) hipotensão arterial, taquicardia reflexa e alteração na função respiratória.
- (B) midríase, taquicardia reflexa e alteração na função respiratória.
- (C) miose, bradicardia reflexa e hipertensão.
- (D) hipertensão arterial, bradicardia reflexa e alteração na função respiratória.