

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CONCURSO PÚBLICO

CARGO:

MÉDICO

Especialidade 25:

INTENSIVISTA

(Adulto)

CADERNO DE PROVAS – PARTE II Conhecimentos Específicos

LEIA COM ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES ABAIXO.

- 1 Nesta parte II do seu caderno de provas, confira atentamente se os seus dados pessoais e os dados identificadores do seu cargo/especialidade transcritos acima estão corretos e coincidem com o que está registrado em sua folha de respostas. Confira também o seu nome e o nome de seu cargo/especialidade em cada página numerada desta parte de seu caderno de provas. Em seguida, verifique se o seu caderno de provas (partes I e II) contém a quantidade de itens indicada em sua folha de respostas, correspondentes às provas objetivas. Caso o caderno esteja incompleto, tenha qualquer defeito ou apresente divergência quanto aos seus dados pessoais ou quanto aos dados identificadores do seu cargo/especialidade, solicite ao fiscal de sala mais próximo que tome as providências cabíveis, pois não serão aceitas reclamações posteriores nesse sentido.
- 2 Quando autorizado pelo chefe de sala, no momento da identificação, escreva, no espaço apropriado da **folha de respostas**, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Curiosidade é a chave para a criatividade.

OBSERVAÇÕES:

- Não serão objeto de conhecimento recursos em desacordo com o estabelecido em edital.
- Informações adicionais: telefone 0(XX) 61 3448-0100; Internet — www.cespe.unb.br.
- É permitida a reprodução deste material apenas para fins didáticos, desde que citada a fonte.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Um homem com 50 anos de idade procurou o hospital com relato de precordialgia intensa, em aperto, iniciada há 40 minutos, associada a sudorese profusa, náuseas e um episódio de vômito. Informou ser tabagista de longa data e ter elevação dos níveis de colesterol, porém não usa medicamentos para controle do colesterol. No exame clínico: pressão arterial de 130 mmHg × 70 mmHg, frequência cardíaca de 45 bpm, pulsos presentes e bradicárdicos, ritmo cardíaco regular em 3 tempos, às custas de quarta bulha, com presença de bulhas em canhão, sem sopros. Sem outras alterações no exame físico. Saturação de oxigênio = 94% (ar ambiente). O eletrocardiograma (ECG) convencional mostrou presença de ondas P com ritmo regular (frequência atrial = 100 bpm) sem relação temporal com os complexos QRS, complexos QRS (com ritmo regular) com duração de 120 ms (frequência ventricular = 45 bpm), presença de supradesnivelamento do segmento ST de 4 mm (com concavidade para baixo) nas derivações D2, D3 e a VF, com onda T negativa nessas derivações, infradesnivelamento do segmento ST de 2 mm nas derivações de D1 a VL e de V1 a V4 e extrassístoles ventriculares raras, monomórficas e isoladas. No hospital onde foi realizado o atendimento de emergência, não há serviço de hemodinâmica.

Considerando essa situação clínica, julgue os itens a seguir.

- 51 O principal diagnóstico, nesse caso, é infarto do miocárdio na parede anteroapical.
- 52 Os achados descritos no ECG permitem fazer o diagnóstico da arritmia cardíaca: bloqueio atrioventricular de segundo grau do tipo Mobitz II.
- 53 Apesar de não existir evidência de benefício, sugere-se que o nível de potássio sérico seja mantido acima de 4,0 mEq/L e o de magnésio acima de 2 mEq/L, principalmente tendo em vista que o paciente apresenta uma arritmia ainda na admissão.
- 54 O ácido acetilsalicílico deve ser administrado ao paciente, independentemente da opção terapêutica de reperfusão miocárdica.
- 55 O uso de medicamento betabloqueador está indicado e deve ser iniciado imediatamente após a definição diagnóstica do principal diagnóstico em tela.

Uma mulher de 35 anos de idade foi internada por quadro de pielonefrite aguda e evoluiu para choque séptico. No exame clínico, apresentava-se sonolenta, com pressão arterial de 80 mmHg × 50 mmHg, frequência cardíaca de 130 bpm, frequência respiratória de 30 irpm, saturação de oxigênio = 80% e nível arterial da pressão parcial de oxigênio (PAO₂) de 50 mmHg, em ar ambiente. A radiografia de tórax mostrava infiltrado pulmonar difuso.

Acerca desse caso clínico, julgue os seguintes itens.

- 56 A reposição volêmica deve ser iniciada imediatamente e deve ser guiada por parâmetros de perfusão tecidual e hemodinâmicos, como a saturação venosa de O₂ e a pressão venosa central.
- 57 A ventilação não invasiva para esse tipo de paciente (com suspeita de síndrome de angústia respiratória do adulto extrapulmonar) mostrou-se muito eficiente, sendo essa modalidade ventilatória indicação clássica.
- 58 Caso a paciente evolua com necessidade de intubação traqueal e ventilação mecânica e, na gasometria de controle, se observe nível arterial pressão parcial de gás carbônico (PaCO₂) de 65 mmHg e pH = 7,22, estará indicado aumentar o volume corrente para 8 a 10 mL/kg, pois a hipercapnia permissiva não deve ultrapassar PaCO₂ de 55 mmHg.
- 59 Se, durante a ventilação mecânica e com a monitorização da pressão arterial invasiva, a avaliação da diferença absoluta (delta) da pressão de pulso tiver sido realizada e for de 7 mmHg, essa variável indicará que a paciente se encontra hipovolêmica e que provavelmente deverá responder bem à infusão de fluidos.
- 60 Caso seja feita a opção terapêutica de usar proteína C recombinante, a profilaxia medicamentosa para trombose venosa profunda deverá, necessariamente, ser suspensa por conta do risco de sangramento.

Um homem com 65 anos de idade, previamente anticoagulado em decorrência do diagnóstico de fibrilação atrial crônica, foi internado por hemorragia digestiva alta. O paciente recebeu duas unidades de concentrado de hemácias e plasma. Após cerca de quatro horas da última transfusão, ele começou a apresentar piora do padrão respiratório, que evoluiu de forma rápida e progressiva, sendo necessárias a intubação orotraqueal e a ventilação mecânica. Na radiografia de tórax, foi observado infiltrado pulmonar difuso bilateral.

Acerca dessa situação clínica, julgue os próximos itens.

- 61 A principal hipótese diagnóstica, nesse caso, é de lesão pulmonar associada a hemotransfusão, e o uso de corticoide está formalmente indicado.
- 62 O paciente não deve receber mais nenhum hemoderivado dos mesmos doadores dos hemoderivados que precederam o início do quadro respiratório.

Texto para os itens de 63 a 70.

Um homem com 28 anos de idade, vítima de acidente automobilístico, foi internado em unidade de terapia intensiva (UTI) com diagnóstico de traumatismo craniano. A avaliação neurológica inicial mostrou score de 7 na escala de coma de Glasgow. Optou-se pela intubação orotraqueal para proteção de vias aéreas. As pupilas encontravam-se isocóricas e fotorreagentes e não havia sinais neurológicos localizatórios. O paciente foi encaminhado para realização de tomografia computadorizada (CT) de crânio, em que foram observados apenas pequenos pontos hemorrágicos intraparenquimatosos.

A respeito da situação clínica descrita no texto, julgue os itens que se seguem.

- 63 A dissociação entre os achados da CT de crânio e o quadro clínico em apreço sugere o diagnóstico de lesão axonal difusa.
- 64 A hiperventilação profilática, com intuito de evitar a formação de edema cerebral, no paciente considerado, deve ser evitada devido ao risco de submeter o encéfalo à condição de isquemia encefálica.
- 65 Se, após 12 horas da internação, o paciente em questão desenvolver anisocoria e hipertensão arterial sistêmica, deve-se hiperventilá-lo transitoriamente, usando manitol intravenoso em *bolus*, e encaminhá-lo para novo controle de CT de crânio.
- 66 Caso, durante a evolução, seja considerado o diagnóstico de hipertensão intracraniana, deve-se manter a cabeceira do leito elevada a, no mínimo, 45°, com vistas a facilitar a drenagem venosa cerebral.
- 67 Considerando que o paciente evolua com o diagnóstico de hipertensão intracraniana, a instalação de cateter para monitorização da pressão intracraniana (PIC) estará indicada. A monitorização da saturação venosa de oxigênio no bulbo jugular, se implantada, deverá ter como objetivo manter um valor superior a 50%.
- 68 A profilaxia para trombose venosa profunda com heparina de baixo peso molecular está contraindicada no caso descrito no texto, devido ao risco de sangramento intracraniano.

Levando ainda em consideração que o paciente descrito no texto evolua no quarto dia de internação em UTI sob ventilação mecânica, com elevação da temperatura corporal (38 °C), aumento da secreção traqueal, de característica purulenta, e que se tenha observado o surgimento de novo infiltrado no pulmão direito na radiografia de tórax de controle, além de ter sido colhido material (sangue e secreção traqueal) para cultura, julgue os itens a seguir.

- 69 Esse paciente apresenta três critérios clínico-radiográficos que indicam o diagnóstico de pneumonia associada a ventilação mecânica. Assim, o início de antibioticoterapia com cobertura para germes hospitalares de forma empírica estará indicado, mesmo antes da chegada dos resultados das culturas que forem realizadas.
- 70 Caso, nesse paciente, seja feita a opção de realizar a broncoscopia com lavado broncoalveolar para colher material para cultura, considerar-se-á um crescimento bacteriano superior a 10^2 UFC/mL no material como indicativo do diagnóstico etiológico da pneumonia.

Uma mulher com 40 anos de idade foi internada com quadro de pancreatite aguda. Não tinha história prévia de etilismo. No exame físico: icterícia +/4+, pressão arterial de 80 mmHg × 50 mmHg, frequência cardíaca de 110 bpm e saturação de oxigênio = 89% (ar ambiente); o abdome estava tenso, doloroso e com descompressão brusca dolorosa, ruídos hidraéreos reduzidos. Nos exames laboratoriais, observa-se elevação da amilase e lipase, além de aumento das bilirrubinas, à custa de bilirrubina direta e ALT 180 IU/L, ultrassonografia de abdome mostrando cálculos biliares. Foi solicitada CT de abdome.

Acerca desse quadro clínico, julgue os itens subsequentes.

- 71 Diante do diagnóstico de pancreatite aguda associada à migração de cálculo biliar, a colangiopancreatografia endoscópica retrógrada deve ser indicada precocemente.
- 72 O achado de necrose pancreática (maior que 30% do órgão) durante a CT de abdome é importante marcador de mau prognóstico para morbimortalidade nessa paciente.
- 73 A hidratação venosa nos casos mais graves precisa ser vigorosa, muitas vezes ultrapassando 6 L/24 h e preferencialmente com coloides e albumina.
- 74 A dieta enteral com posição de sonda pós-pilórica é preferível à nutrição parenteral, por reduzir o risco de infecção bacteriana associada à translocação bacteriana intestinal e à infecção do cateter central utilizado para a nutrição parenteral.
- 75 Caso a paciente apresente hipocalcemia nas primeiras 24 h de evolução, a reposição de cálcio deverá ser feita de forma mais lenta e parcimoniosa para evitar lesão do tecido pancreático associada à deposição de cálcio.

Um homem de 27 anos de idade foi resgatado em via pública, vítima de atropelamento, apresentando traumatismo craniano e torácico. Classificado em Glasgow 5, foi submetido a intubação orotraqueal e ventilação mecânica manual após drenagem torácica de alívio, e removido após cerca de 10 minutos para o hospital geral mais próximo. No hospital, foi admitido na UTI após avaliação cirúrgica com drenagem torácica definitiva (constatado hemopneumotórax à esquerda) e avaliação com TC do crânio, que revelou evidência de contusão com edema circundante, apagamento de cisternas e apagamento dos sulcos. Submetido a terapêutica com ventilação mecânica, hipotermia, sedação e terapia nutricional por sonda enteral, com controle de PIC, o paciente evoluiu desfavoravelmente, piorando a condição neurológica, estando no momento comatoso, classificado em Glasgow 3, com sinais clínicos sugestivos de morte encefálica.

Com relação à situação clínica acima descrita, julgue os itens seguintes.

- 76** Na remoção do paciente para o hospital, recomenda-se proceder intubação orotraqueal precoce e oxigenação a 100% com correção por gasometria arterial, imediatamente processada após estabilização do paciente.
- 77** Devido ao aumento comprovado da mortalidade por complicações infecciosas, a drenagem de tórax em via pública estava contraindicada no caso descrito no texto, mesmo considerando-se a remoção em curto percurso como o descrito acima.
- 78** Na remoção do paciente em questão, o controle da oximetria de pulso é necessário para avaliar constantemente a posição correta do tubo orotraqueal nas vias aéreas, prevenindo sua mobilização acidental para o esôfago.

Com referência à confirmação do diagnóstico de morte cerebral e à doação de órgãos, julgue os itens a seguir.

- 79** Em paciente adulto, o diagnóstico de morte cerebral pode ser confirmado pelo resultado de dois eletroencefalogramas que demonstrem ausência de atividade elétrica cerebral em um intervalo de tempo de 48 horas.
- 80** Pela legislação brasileira vigente, todo cidadão adulto, com domínio de sua capacidade cognitiva, é potencial doador de órgãos (doação presumida), exceto aqueles que manifestam o contrário em documento registrado.
- 81** Baseado em evidências clínicas e complementares comprobatórias, o diagnóstico de morte cerebral deve ser firmado por, no mínimo, dois médicos, sendo um deles neurologista ou neurocirurgião e outro, componente da equipe de transplante, para otimização do processo de retirada/implante do órgão em questão.

Uma mulher de 42 anos de idade, múltipara, foi admitida em hospital geral com quadro de dor abdominal de início súbito, localizada no mesogástrio e irradiada para o flanco direito e o dorso. A TC do pâncreas revelou litíase biliar com cálculos múltiplos e difusos na glândula, que apresentava irregularidades de contorno e inflamação peripancreática, associada a coleção única de fluido.

Com base na situação clínica acima descrita, julgue os itens subsequentes.

- 82** O uso de probióticos nessa condição clínica está associado a menor incidência de diarreia e menor mortalidade.
- 83** Deve-se levar em conta, na terapêutica dessa paciente, que o uso precoce de nutrição enteral, com sondas posicionadas no jejuno, está relacionado com menor custo de tratamento e menores índices de complicações infecciosas.
- 84** A necrosectomia com reintervenções cirúrgicas e a ampla drenagem por peritoneostomia são indicadas, com evidências de diminuir a taxa de mortalidade nesse tipo de paciente, diminuindo complicações infecciosas.

Considerando que uma mulher de 21 anos de idade ocupe um leito da UTI, tendo sido admitida com relato de que fora resgatada por guarda-vidas, inconsciente, às margens de uma lagoa da localidade, e que se tenha constatado uso abusivo de cocaína associado à ingestão de álcool, julgue os itens que se seguem.

- 85** A associação de cocaína com álcool forma um novo composto, o cocaetileno, que tem propriedades farmacológicas semelhantes à cocaína, menos potente, porém com maior meia-vida, tendo efeito prolongado em relação ao efeito da cocaína-base.
- 86** Nessa paciente, o uso de betabloqueadores é indicado para tratamento da hipertensão arterial e das arritmias ventriculares decorrentes do uso abusivo da cocaína.
- 87** Se, para essa paciente, for feito o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio, até 60 minutos após a utilização abusiva da cocaína, a trombólise deve ser evitada por ser ineficaz e aumentar o risco de sangramento no sistema nervoso central.
- 88** Caso essa paciente evolua com hipertermia, estará indicado o emprego de clorpromazina e haloperidol, associados a medidas físicas de resfriamento.

Uma mulher de 18 anos de idade, obesa, gestante de 31 semanas, procurou serviço de emergência com queixas de mal-estar, cefaleia, escotomas, edema nos membros inferiores e acompanhamento pré-natal irregular (não compareceu à última consulta). Ao ser admitida, apresentou crise convulsiva tônico-clônica generalizada, sendo encaminhada inconsciente à UTI, com pressão arterial de 142 mmHg × 92 mm Hg e frequência cardíaca de 118 bpm. Os resultados dos exames laboratoriais foram: hematócrito 34%, plaquetas 95.000, ácido úrico 8,4 mg/dL, uréia 46 mg/dL e creatinina 1,1 mg%.

Acerca do caso clínico acima descrito, julgue os próximos itens.

- 89** A interrupção da gestação associada à diurese igual ou maior que 4 L/dia são indicativos da resolução clínica da eclâmpsia / pré-eclâmpsia grave, mas não é indicativo do encerramento de eventos convulsivos.
- 90** Deve-se considerar que, nessa paciente, o aumento de peso corporal associado a hipertensão arterial (níveis acima de 149 mmHg × 89 mm Hg), edema e glicemia acima de 110 mg% permitem o diagnóstico de pré-eclâmpsia e que o acréscimo de convulsões e proteinúria são sugestivos do quadro de eclâmpsia.
- 91** Nessa situação clínica, deve-se levar em conta que o curso evolutivo da eclâmpsia pode manifestar-se mesmo após o parto, que o tratamento com anticonvulsivantes (como a fenitoína, por exemplo) associado à terapia do edema, com restrição salina e diuréticos tiazídicos, torna-se necessário desde a admissão da paciente até a segunda semana pós-parto.
- 92** No acompanhamento dessa paciente, níveis séricos de magnésio de 4,8 a 8,4 mg% são avaliados como seguros, considerando a possibilidade de administração de gluconato de cálcio, 1 g, por via endovenosa, caso seja necessário.

Um homem de 34 anos de idade foi socorrido pela equipe local do SAMU, admitido no serviço de emergência e removido para a UTI-UQ (unidade de queimados) para tratamento, apresentando queimaduras de segundo grau em segmento cefálico, pescoço, face anterior do tórax, membros superiores e mãos, decorrentes de incêndio em depósito de papéis. Ele chegou à UQ com quadro sugestivo de comprometimento de vias aéreas por inalação, sendo submetido a ventilação mecânica convencional, conseguindo-se 85% de SpO₂.

Com relação à situação clínica acima apresentada, julgue os itens de **93** a **97**.

- 93** Durante o atendimento de emergência desse paciente (na via pública), estaria contraindicada a intubação traqueal, sendo a ventilação sob máscara o suporte mais indicado, até o estabelecimento de intubação definitiva intra-hospitalar.

- 94** Na UQ, deve-se manter o paciente sob tubo endotraqueal e fisioterapia respiratória para aspiração e recrutamento, associados a ventilação mecânica de alta frequência para minimizar barotrauma.

- 95** Como esse paciente apresenta queimadura com comprometimento acima de 20% da superfície corporal, pode haver perda de 20% a 40% do cobre corporal total durante a primeira semana de injúria, e o tratamento tópico das lesões com sulfadiazina de prata pode agravar essa deficiência.

- 96** Nesse caso, deve ser iniciada nutrição parenteral até que o paciente seja capaz da ingestão oral de calorias suficientes para atender às necessidades diárias. A nutrição enteral demonstrou aumentar a mortalidade por não atingir as necessidades proteico-calóricas necessárias, em virtude dos transtornos digestivos apresentados por pacientes queimados, como, por exemplo, o íleo adinâmico.

- 97** A balneoterapia, considerada importante para a recuperação de pacientes equilibrados sob aspecto respiratório e cardiocirculatório, consiste na retirada de curativos e lavagem corporal com água corrente e substâncias comuns de limpeza sem desinfetantes, sob anestesia, com envolvimento multiprofissional de especialistas médicos, enfermagem e fisioterapeutas.

Considerando um paciente, com diagnóstico de dissecção aórtica do tipo A, tenha sido internado na UTI para acompanhamento de pós-operatório de cirurgia cardíaca, onde foi procedida substituição do segmento comprometido, abordagem da válvula aórtica e implante de ponte de safena, julgue os itens subsequentes.

- 98** Nesse caso, as médias de leituras de pressão arterial média invasiva entre cateteres inseridos nas artérias radial e femoral são semelhantes.

- 99** Nesse paciente, metoprolol ou esmolol são indicados no controle da pressão arterial e da dissecção aórtica, associados ao nitroprussiato de sódio como vasodilatador.

- 100** Como a monitorização automatizada do segmento ST do ECG apresenta alto índice de falsos negativos, seu uso não é recomendado pela American Heart Association como meio de monitoração de eventos cardíacos isquêmicos na condição clínica em questão.