

COMISSÃO ESTADUAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO AMAZONAS - CERMAM 2020/2021



PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIA MÉDICA DO ESTADO DO AMAZONAS

R3

Pré-Requisito e Ano Adicional PROVA DE MEDICINA INTENSIVA

Data: 07/02/2021

Tempo de realização da prova: 03 (três) horas

INSTRUÇÕES PARA PROVA DE CONHECIMENTOS GERAIS

- 01-Verifique se este caderno contém 25 (vinte e cinco) questões objetivas de Medicina Intensiva. Caso apresente alguma incorreção, comunique imediatamente ao fiscal, para que seja feita a troca do caderno.
- 02-Confirme se o CARTÃO-RESPOSTA entregue a você pelo fiscal tem escrito o seu NOME, pois é personalizado e intransferível. Não serão aceitas reclamações posteriores.
- 03-Transcreva suas respostas para o CARTÃO-RESPOSTA preenchendo todo o círculo. Após uma questão ter sido assinalada, não faça alterações, pois a questão será considerada errada.
- 04-Não rasure, não amasse e/ou rasgue seu CARTÃO-RESPOSTA.
- 05-Utilize esferográfica azul ou preta, com ponta grossa, para marcação do CARTÃO-RESPOSTA, conforme instrução abaixo.

MARQUE ASSIM



- 06-Não esqueça de assinar o CARTÃO-RESPOSTA antes de entregá-lo ao fiscal.

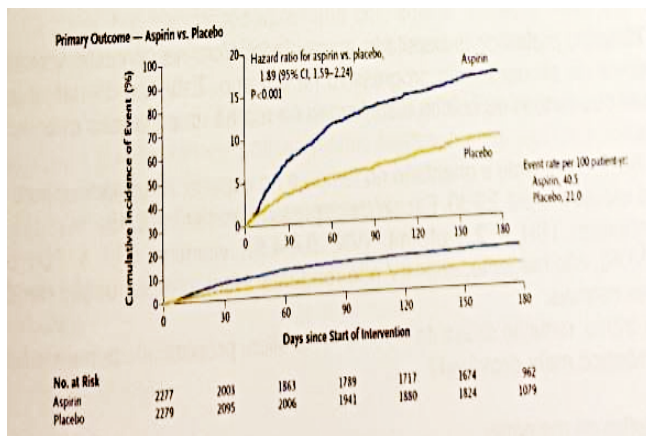
NOME: _____

MEDICINA INTENSIVA

01. Homem, 27 anos, atleta velocista, assintomático até duas semanas atrás. Refere febre vespertina desde então, e dispneia evoluindo rápido para mínimos esforços. Há duas horas teve episódio de hemoptise e dor torácica à esquerda, súbita, de média intensidade e agravada por respiração profunda e tosse. Sem antecedentes mórbidos, salvo ser portador de sopro cardíaco desde a infância. Exame físico: temperatura axilar = 38,5°C. Sistema pulmonar sem alterações e FR = 25/min. Cardiovascular: FC = 105/min, rítmico, sopro sistólico rude, com frêmito, 5+/6+, epicentro no 4º espaço intercostal esquerdo, para-esternal. O quadro clínico sindrômico mais provável combina os diagnósticos:

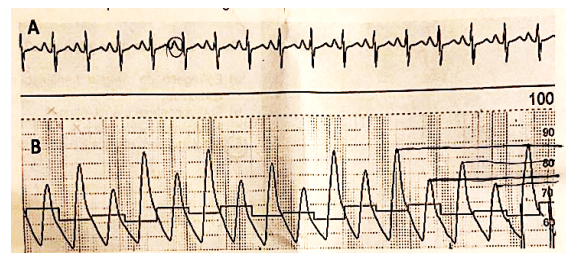
- Comunicação interventricular com endocardite infecciosa.
- Estenose valvar aórtica com pericardite aguda.
- Miocardioptia hipertrófica obstrutiva com pneumonia.
- Estenose valvar pulmonar com embolia pulmonar séptica.

02. Os gráficos abaixo reproduzem resultados de estudo recente, em pacientes de alto risco para eventos trombóticos, todos tratados com antiplaquetário (clopidogrel) e anticoagulante (apixaban), recebendo adicionalmente aspirina ou seu placebo. O período de inclusão das coortes foi de 1 ano e o seguimento mínimo foi de 6 meses. O desfecho primário do estudo consistiu da combinação de eventos hemorrágicos graves em múltiplos órgãos, inclusive no sistema nervoso central. Com relação aos resultados do estudo, qual a interpretação **CORRETA**?



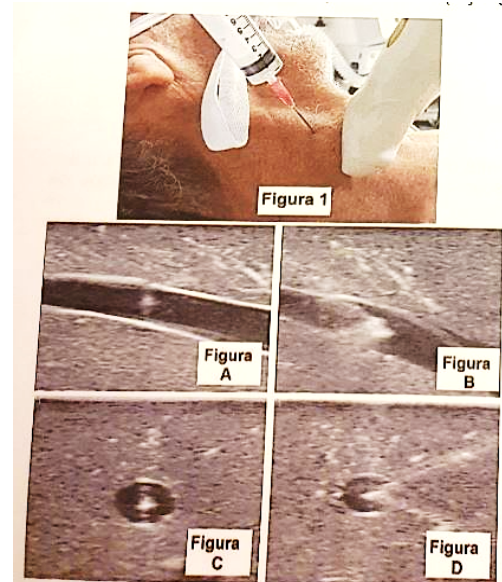
- Com relação ao desfecho primário a adição de aspirina mostrou-se prejudicial.
- O amplo intervalo de confiança invalida a significância estatística.
- Os resultados apresentados não permitem estimar a relevância clínica do estudo.
- Nenhuma conclusão é válida por excessiva perda de seguimento nos dois grupos.

03. Homem, 20 anos, previamente assintomático. Há 20 dias refere dispneia que progrediu em poucos dias para aos mínimos esforços, acompanhada de fadiga e edema que evoluiu para anasarca. Refere quadro "gripal" há 30 dias, tratado com sintomáticos. Exame físico: edema depressível, indolor, ++/++++ bilateralmente em membros inferiores até joelhos; jugulares distendidas até 8 cm acima do manúbrio esternal, em decúbito a 45 graus, com variação respiratória normal. Temperatura axilar = 36,5 °C; FC = 98 bpm, rítmico, precórdio sem anormalidades, estertores crepitantes em ambas as bases pulmonares posteriormente. ECG com alterações difusas de repolarização ventricular. RX de tórax com ICT = 0,65 e congestão para-hilar bilateral. ECG (DII) e o gráfico do registro invasivo de pressão arterial sistêmica (mmHg) estão demonstrados respectivamente nas figuras A e B. Qual é a alteração fisiopatológica mais provável?



- Derrame pericárdico de grande volume.
- Disfunção biventricular sistólica grave.
- Aumento do fluxo pulmonar por cardiopatia congênita.
- Hipertensão pulmonar emboligênica.

04. No seu plantão um paciente chega com hipotensão importante e você opta por realizar acesso venoso central guiado por ultrassom (veja figura 1). Ao introduzir a agulha até a veia, qual figura melhor representa a imagem que provavelmente você verá na tela do ultrassom?



- Figura A.
- Figura B.
- Figura C.
- Figura D.

05. Mulher, 32 anos, é trazida por familiares apresentando movimentos tônico-clônicos generalizados há 5 minutos. Na chegada, a paciente é levada para sala de urgência. No leito, apresenta saturação de O₂ de 93%; dextro = 150 mg/dl, mantendo-se em crise. A equipe tentou obtenção de acesso venoso, sem sucesso. Qual a medicação mais adequada por via intramuscular?
- Midazolam.
 - Fenitoína.
 - Diazepam.
 - Fenobarbital.
06. Os medicamentos genéricos são cópias de produtos de referência constituídos por moléculas simples, unidimensionais, onde o processo químico de síntese é idêntico ao do produto de referência. Assim, está **CORRETO** que:
- Sua estrutura molecular não é exatamente igual à da referência, e sua caracterização como genérico necessita de comprovação de semelhança farmacocinética e farmacodinâmica entre o genérico e a referência.
 - Sua estrutura molecular é exatamente igual à da referência, e sua caracterização como genérico não necessita de comprovação de semelhança farmacocinética e farmacodinâmica entre o genérico e a referência.
 - Sua estrutura molecular é exatamente igual à da referência, e sua caracterização como genérico necessita somente de comprovação de semelhança farmacocinética e farmacodinâmica entre o genérico e a referência.
 - Sua estrutura molecular é exatamente igual à da referência, e sua caracterização como genérico necessita somente de comprovação de semelhança farmacocinética, mas não farmacodinâmica entre o genérico e a referência.
07. O hipertireoidismo é caracterizado pelo aumento da síntese e liberação dos hormônios tireoidianos pela glândula tireoide. O item **INCORRETO** é:
- O diagnóstico clínico do hipertireoidismo, geralmente, não oferece dificuldade e a confirmação diagnóstica deverá ser feita com as dosagens das concentrações séricas de TSH e hormônios tireoidianos.
 - O tratamento pode ser realizado com drogas antitireoidianas, administração de radioiodoterapia ou cirurgia de acordo com a etiologia da tireotoxicose.
 - A tireotoxicose refere-se à síndrome clínica decorrente do excesso de hormônios tireoidianos circulantes, secundário apenas ao hipertireoidismo.
 - O tratamento pode ser realizado de acordo com as características clínicas, disponibilidade local de métodos e preferências do médico-assistente e paciente.
08. Hemorragia Subaracnóidea Espontânea (HSAe) pode se assemelhar muito a crises migranósas (enxaquecosas), o que pode levá-la a ser subdiagnosticada. Somente se mostra **CORRETO** que:
- A forma mais segura para se ter uma maior sensibilidade diagnóstica nestes casos difíceis consiste em uma boa história do episódio de cefaleia, com especial atenção a sua forma de instalação (sempre insidiosa e a sua intensidade (com grande frequência é referida como a cefaleia mais intensa da vida).
 - Diante da suspeita de uma HSAe, deve-se proceder a uma tomografia de crânio sem contraste em regime de urgência.
 - Tomografia de crânio define o diagnóstico raramente.
 - Hemorragias discretas sempre podem ser visualizadas à TC crânio e, nestes casos, uma punção lombar é recomendada.
09. O mieloma múltiplo (MM) é uma neoplasia maligna de origem hematopoética, caracterizada pela proliferação clonal de plasmócitos na medula óssea, que, na maioria dos casos, secretam proteína monoclonal detectável no sangue ou urina, podendo levar à disfunção de órgãos. Apenas um item se mostra **CORRETO**:
- O MM é uma doença clonal de plasmócitos, que via de regra produz em menor quantidade um tipo específico de proteína relacionada à imunoglobulina humana.
 - A proteína em excesso é denominada proteína monoclonal (proteína-M, paraproteína ou pico-M).
 - Estruturalmente, as imunoglobulinas normais são compostas por duas cadeias pesadas e duas cadeias leves; há cinco tipos de cadeias pesadas (IgG, IgA, IgM, IgD e IgE) e dois tipos de cadeias leves (kappa e lambda, que, ao todo, podem constituir imunoglobulinas em cinco combinações diferentes).
 - Os plasmócitos malignos não podem secretar imunoglobulinas anômalas, somente em leves ou nenhuma paraproteína.
10. Doença de Weil, síndrome de Weil, febre dos pântanos, febre dos arrozais é doença infecciosa febril de início abrupto, cujo espectro clínico pode variar desde um processo inaparente até formas graves. O item errado é:
- A infecção humana resulta da exposição direta ou indireta à urina de animais infectados.
 - Outras modalidades de transmissão possíveis, porém, com rara frequência, são: contato com sangue, tecidos e órgãos de animais infectados; transmissão acidental em laboratórios; mas não pela ingestão de água ou alimentos contaminados.
 - A penetração do microrganismo ocorre através da pele com presença de lesões, pele íntegra

imersa por longos períodos em água contaminada ou através de mucosas.

- d) A transmissão pessoa a pessoa é rara, mas pode ocorrer pelo contato com urina, sangue, secreções e tecidos de pessoas infectadas.

11. Homem de 59 anos com doença renal crônica dialítica, hipertensão e diabetes mellitus teve falha de fístula arteriovenosa e está em uso de cateter venoso de longa permanência há três meses. Nas duas últimas sessões de hemodiálise, apresentou tremores e febre de 39°C. Foram coletadas hemoculturas pareadas (sangue e cateter). Na sessão seguinte de hemodiálise, apresentou hipotensão e febre, sendo então encaminhado ao pronto-socorro. Na admissão, foram checados os resultados das culturas: - Sangue Periférico (Tempo de positividade = 8h): Staphylococcus aureus: oxacilina R, clindamicina R, sulfametoxazol-trimetoprim R, vancomicina S, linezolida S. - Sangue de cateter (Tempo de positividade = 5h30m): Staphylococcus aureus: oxacilina R, clindamicina R, sulfametoxazol-trimetoprim R, vancomicina S, linezolida S. A conduta terapêutica inicial mais adequada é:

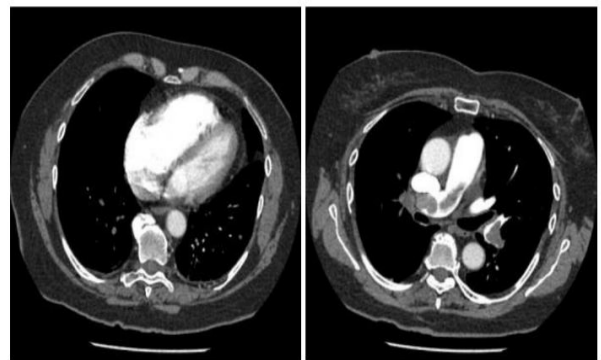
- a) Retirar cateter, introduzir linezolida intravenoso.
b) Manter cateter, introduzir vancomicina intravenosa e lockterapia.
c) Manter cateter, introduzir linezolida intravenosa e lockterapia.
d) Retirar cateter, introduzir vancomicina intravenosa.

12. Correlacione o achado no exame pupilar com o local da lesão:

I. Midríase fixa, bilateral	A. Lesão mesencefálica
II. Anisocoria	B. Lesão pontina
III. Miose bilateral com pupilas puntiformes e preservação do reflexo fotomotor	C. Herniação uncal
IV. Midríase e reflexo motor extremamente reduzido	D. Intoxicação barbitúrica

- a) I - A, II - B, III - C e IV - D.
b) I - B, II - D, III - C e IV - A.
c) I - B, II - C, III - D e IV - A.
d) I - A, II - C, III - B e IV - D.

13. Mulher de 32 anos vem ao Pronto-Socorro com queixa de dispnéia súbita há um dia, após viagem aérea de 12 horas. Nega comorbidades. Exame clínico: PA = 80 x 40 mmHg; FC = 140 bpm; FR = 28 ipm; T = 37,8°C. Lúcida, orientada. Perfusão periférica regular (enchimento capilar = 4 s). Exame clínico sem outras alterações. Foi feita hipótese diagnóstica de tromboembolismo pulmonar e realizado eletrocardiograma (taquicardia sinusal) e angio-tomografia de tórax (imagem). A conduta inicial mais apropriada neste momento é:



- a) Alteplase.
b) Enoxaparina.
c) Heparina não-fracionada.
d) Embolectomia endovascular

14. Mulher de 73 anos, previamente hipertensa, com 70 kg (peso ideal = 55kg), internada há dois dias por pneumonia comunitária em lobo inferior direito, recebendo ceftriaxone e claritromicina, evolui com piora respiratória, sendo intubada na enfermaria. É trazida para a UTI sedada, PA=85x55 mmHg recebendo noradrenalina 0,3 g/Kg/min, FC=125 bpm, sob ventilação mecânica no modo pressão controlada, com PEEP=8 cmH₂O, FiO₂=100%, delta de pressão inspiratória=20 cmH₂O, FR=15 irpm e volume corrente = 480 mL. Radiografia de tórax demonstra opacificação de ambos os campos pulmonares. Gasometria arterial: pH=7,22; PaO₂=142 mmHg; PaCO₂=65 mmHg; Bic=18 mEq/L; SatO₂=100%; BE=-3.2mEq/L. Além de ajustar a FiO₂ de acordo com a saturação, a conduta inicial mais adequada é:

- a) Manobra de recrutamento alveolar e aumento da PEEP.
b) Posição prona e aumento da frequência respiratória.
c) Redução do delta de pressão inspiratória e aumento da frequência respiratória.
d) Redução do delta de pressão inspiratória e aumento da PEEP.

15. Homem de 40 anos, internado em unidade de terapia intensiva, com paraplegia devido a trauma raquimedular. Após quatro dias de internação, foi diagnosticada uma pneumonia e o paciente evoluiu com insuficiência respiratória, necessitando de intubação. Logo após intubação em sequência rápida, o paciente evoluiu com parada cardíaca. O medicamento que representa a causa mais provável da parada cardiorrespiratória é:

- a) Etomidato.
b) Propofol.
c) Rocurônio.
d) Succinilcolina.

16. Homem de 59 anos, internado para compensação de diabetes e hipertensão devido à má aderência ao tratamento. IMC=28 Kg/m². Estava ativo em casa, mas na internação tem passado a maior parte do dia deitado ou sentado, lendo livros. Em relação à profilaxia de tromboembolismo venoso, pode-se afirmar:

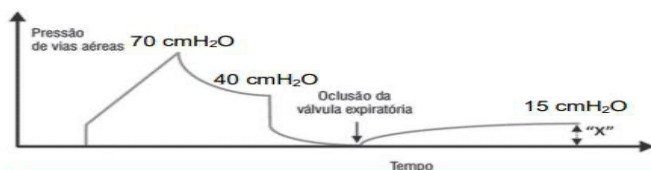
- O paciente tem como fatores de risco diabetes, hipertensão, idade e sobrepeso devendo receber profilaxia com enoxaparina 40 mg/dia.
- Se o paciente caminhar durante o dia, a profilaxia medicamentosa é desnecessária.
- O paciente tem três fatores de risco devendo receber enoxaparina 20 mg/dia.
- O paciente tem dois fatores de risco devendo receber anticoagulante de ação direta.

17. Homem de 27 anos internou na UTI com pneumonia comunitária grave. Está intubado, sedado com midazolam 10 mg/h em Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) = 5, hemodinamicamente estável, sem drogas vasoativas. Os parâmetros da ventilação são: volume corrente = 6 mL/kg de peso ideal, PEEP = 16 cmH₂O, Pressão de platô = 30 cmH₂O, FR = 25 irpm, FiO₂ = 70%. Gasometria arterial: pH=7,32; pCO₂ 32 mmHg; pO₂ 70 mmHg; BIC = 20 mEq/L. A capnografia abaixo indica:



- Esforço inspiratório.
- Obstrução de via aérea por secreção
- Broncoespasmo.
- Vazamento no circuito ventilatório.

18. Durante a ventilação de um paciente na UTI, foi efetuada manobra para oclusão da válvula expiratória do respirador com os seguintes parâmetros ventilatórios: FiO₂=60%; PEEP=5 cmH₂O; FR = 18 irpm; volume corrente = 6 mL/kg de peso ideal; fluxo inspiratório = 40 L/min. Gasometria arterial: pH=7,25; pCO₂=50mmHg; pO₂=80mmHg; bicarbonato=26 meq/L. Considerando o diagnóstico mais provável, a melhor conduta frente aos achados acima é:



- Reduzir frequência respiratória e diminuir fluxo inspiratório.
- Aumentar frequência respiratória e aumentar fluxo inspiratório.
- Aumentar frequência respiratória e diminuir fluxo inspiratório
- Reduzir frequência respiratória e aumentar fluxo inspiratório.

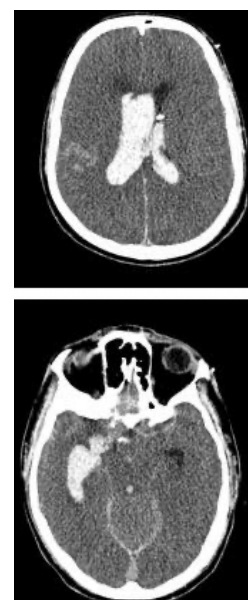
19. Um paciente está internado na UTI após receber enxerto fêmuropoplíteo por isquemia de membro inferior. No 1º pós-operatório evolui com queda acentuada de pressão arterial com rotura da anastomose poplíteo do enxerto. Você contata a equipe de cirurgia vascular e decide por intubar o paciente por choque e diminuição do nível de consciência. O medicamento mais indicado para sedação neste contexto é:

- Propofol.
- Tiopental.
- Etomidato.
- Midazolam.

20. Homem de 29 anos é internado em unidade de terapia intensiva por trauma crânio-encefálico grave após acidente de moto. Além de lesão axonal difusa e edema cerebral na tomografia de crânio, apresentava fratura de fêmur direito não-cominutiva. No 2o dia de UTI, apresentava CPK=3.400 ui/mL; creatinina=1,2 mg/dL; sem outras alterações. No 3o dia de UTI, os exames laboratoriais apresentavam CPK=15.000 ui/mL; creatinina=1,5 mg/dL; ureia=62 mg/dL; pH=7.1; pO₂ =200 mmHg; pCO₂=38 mmHg; be=-15 mEq/L e bicarbonato=9 mEq/L com FiO₂=40% e hipertrigliceridemia. Há três dias, em uso de sedação com fentanil 50 mcg/hora e propofol 4mg/kg/hora, com a pressão intracraniana controlada, mantendo estabilidade hemodinâmica com noradrenalina 0,1 µg/kg/min. A causa mais provável do conjunto das alterações laboratoriais é:

- Síndrome de Infusão de propofol.
- Rabdomiólise por trauma de extremidades.
- Embolia gordurosa.
- Choque séptico.

21. Um paciente internado por cefaleia súbita, seguida de coma, tem as seguintes imagens representativas do seu quadro. As classificações pelas escalas de Hunt-Hess (H-H) e de Fisher (F) são:



- a) HH IV e Fisher IV.
 - b) HH IV e Fisher III.
 - c) HH V e Fisher III.
 - d) HH V e Fisher IV.
22. Qual significado de broncograma aéreo em radiografia de tórax:
- a) Bronquiectasia.
 - b) Velamento alveolar.
 - c) Brônquios de paredes espessas.
 - d) Velamento intersticial.
23. Em relação as manifestações neurológicas da COVID -19 assinale a alternativa **INCORRETA**.
- a) Acidente Vascular Encefálico, Trombose de Seio Venoso e Encefalomielite Disseminada Aguda foram relatados na literatura médica como anormalidades neurológicas acometendo o Sistema Nervoso Central de indivíduos com COVID -19.
 - b) Síndrome de Guillain- Barré, Hiposmia e Hipoageusia foram relatados na literatura médica como anormalidades neurológicas acometendo o Sistema Nervoso Periférico de indivíduos COVID -19.
 - c) Miopatia não foi relatado na literatura médica como anormalidade neurológica acometendo o Músculo de indivíduos COVID -19.
 - d) Cefaleia, crise convulsiva e confusão mental foram relatados na literatura médica como anormalidades neurológicas acometendo o Sistema Nervoso Central de indivíduos com COVID -19.
24. Fármaco que não diminui a mortalidade por insuficiência cardíaca:
- a) Inibidor da ECA
 - b) Digoxina
 - c) Beta-bloqueador
 - d) Bloqueador do receptor da angiotensina II.
25. Aumentam a incidência de miopatia associada ao uso de estatinas:
- a) Uso concomitante de fibrato e hipotireoidismo.
 - b) Diabetes e obesidade.
 - c) Insuficiência renal crônica e uso concomitante de nitratos.
 - d) Uso concomitante de metformina e prática regular de exercícios.