

MISSÃO INSTITUCIONAL

Prestar assistência de excelência e referência com responsabilidade social, formar recursos humanos e gerar conhecimentos, atuando decisivamente na transformação de realidades e no desenvolvimento pleno da cidadania.

EDITAL Nº 01/2006 DE PROCESSOS SELETIVOS

PS 01 – MÉDICO (Anestesiologia)

Nº de Inscrição

Nome do Candidato

Planejamento e Execução:



Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS

Proibida a reprodução, ainda que parcial, sem a prévia autorização da FAURGS e do HCPA.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

EDITAL Nº 01/2006 DE PROCESSOS SELETIVOS

GABARITO APÓS RECURSOS

PROCESSO SELETIVO 01

MÉDICO (Anestesiologia)

1.	D	11.	D	21.	A	31.	C
2.	E	12.	C	22.	C	32.	A
3.	D	13.	B	23.	D	33.	B
4.	A	14.	B	24.	C	34.	D
5.	B	15.	A	25.	E	35.	B
6.	D	16.	E	26.	C	36.	D
7.	E	17.	D	27.	A	37.	E
8.	A	18.	ANULADA	28.	C	38.	E
9.	E	19.	C	29.	B	39.	C
10.	B	20.	A	30.	E	40.	B

EDITAL Nº 01/2006 DE PROCESSOS SELETIVOS

PS 01 – MÉDICO (Anestesiologia)

INSTRUÇÕES

1. Verifique se este CADERNO DE PROVA corresponde ao Processo Seletivo para o qual você está inscrito. Caso não corresponda, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
2. Esta PROVA consta de 40 questões objetivas.
3. Caso o CADERNO DE PROVA esteja incompleto ou apresente qualquer defeito, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
4. Para cada questão objetiva existe apenas **uma** alternativa correta, a qual deverá ser assinalada, com caneta esferográfica, de cor azul ou preta, na FOLHA DE RESPOSTAS.
5. Preencha com cuidado a FOLHA DE RESPOSTAS, evitando rasuras. Eventuais marcas feitas nessa FOLHA a partir do número 41 serão desconsideradas.
6. Durante a prova, não será permitido ao candidato qualquer espécie de consulta em livros, códigos, revistas, folhetos ou anotações, nem o uso de telefone celular, transmissor/receptor de mensagem ou similares e calculadora.
7. Ao terminar a prova, entregue a FOLHA DE RESPOSTAS ao Fiscal da sala.
8. A duração da prova é de **três horas e trinta minutos**, já incluído o tempo destinado ao preenchimento da FOLHA DE RESPOSTAS. Ao final desse prazo, a FOLHA DE RESPOSTAS será **imediatamente** recolhida.
9. O candidato somente poderá retirar-se do recinto da prova após transcorrida 1 (uma) hora do seu início.
10. A desobediência a qualquer uma das recomendações constantes nas presentes instruções poderá implicar a anulação da prova do candidato.

01. Um paciente apresenta uma lesão na mão direita e, por isso, é realizado um bloqueio do plexo branquial pela via axilar. Para que ele suporte o garrotamento feito no braço direito, é freqüente a necessidade de bloqueio suplementar do nervo

- (A) musculocutâneo.
- (B) supraclavicular.
- (C) infraclavicular.
- (D) intercostobraquial.
- (E) cutâneo lateral do braço.

02. Após um traumatismo craniano, a manutenção de uma PaCO₂ em torno de 20 mmHg nas primeiras 24 horas pode causar

- (A) diminuição da saturação venosa de O₂ jugular.
- (B) aumento do fluxo sanguíneo cerebral.
- (C) dificuldades ao acesso cirúrgico.
- (D) herniação cerebral.
- (E) isquemia cerebral.

03. Paciente de 61 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes tipo 2, dislipidemia e insuficiência coronariana tratada clinicamente é submetido a anestesia geral para colecistectomia em caráter de urgência. Ao final da cirurgia, verifica-se elevação de 5 mm no segmento ST em D II, bloqueio atrioventricular total com bradicardia (FC = 40 bpm) e hipotensão arterial sistêmica (PA = 70 x 45 mmHg).

Diante do diagnóstico provável de infarto agudo de ventrículo direito, no tratamento imediato é mais importante incluir

- (A) atropina e nitroglicerina.
- (B) heparinização e ácido acetilsalicílico.
- (C) dobutabina e restrição volêmica.
- (D) reposição volêmica e estimulação cardíaca.
- (E) isoproterenol e estreptoquinase.

04. Durante toracotomia direita com ventilação monopulmonar e FIO₂ de 100%, ocorre queda da SpO₂ para 85%, apesar de confirmada a posição correta do tubo de dupla luz. O paciente está hemodinamicamente estável.

Qual é a conduta inicial mais indicada nesse momento?

- (A) Aplicar pressão positiva contínua no pulmão não-dependente (não-ventilado).
- (B) Aplicar PEEP e reduzir a FIO₂ para 0,6 no pulmão dependente.
- (C) Aplicar ventilação de alta freqüência no pulmão dependente.
- (D) Usar volume corrente de 20 mL/kg no pulmão dependente.
- (E) Inflar O₂ no pulmão não-dependente, sem manter pressão positiva.

05. Todas as informações abaixo são verdadeiras com relação aos pacientes que apresentam massas mediastinais, **EXCETO** uma delas. Assinale-a.

- (A) A passagem de um broncoscópio rígido para além da obstrução pode ser uma medida salvadora.
- (B) A obstrução após indução anestésica pode ser aliviada com o uso de bloqueadores neuromusculares.
- (C) Anestesia local pode ser considerada para biópsia.
- (D) Hipotensão após a indução pode ser secundária à compressão cardíaca.
- (E) Massas mediastinais podem co-existir com síndrome da veia cava superior.

06. É indicação absoluta de ventilação monopulmonar:

- (A) decorticação.
- (B) pneumonectomia.
- (C) lobectomia apical.
- (D) fístula broncopleural.
- (E) aneurisma da aorta torácica.

07. Uma complicação pós-operatória rara que pode ocorrer após aneurismectomia aórtica abdominal é

- (A) insuficiência renal.
- (B) insuficiência pulmonar.
- (C) hipovolemia.
- (D) infarto do miocárdio.
- (E) infarto da medula espinhal.

08. A principal causa de morbidade e de mortalidade após cirurgia da aorta e seus principais ramos é

- (A) isquemia e infarto do miocárdio perioperatório.
- (B) insuficiência renal aguda.
- (C) sepse do enxerto.
- (D) infarto da medula espinhal.
- (E) insuficiência pulmonar.

09. A hipotensão durante ou após uma cirurgia de artéria carótida pode ser causada por

- (A) acidente vascular cerebral após a endarterectomia carotídea.
- (B) denervação intra-operatória do seio carotídeo
- (C) denervação intra-operatória do corpo carotídeo.
- (D) transecção intra-operatória do nervo laríngeo recorrente.
- (E) remoção da placa ateromatosa da região dos barorreceptores carotídeos.

10. Paciente de 88 anos, diabético tipo 2, tratado com hipoglicemiante oral (sem informações mais detalhadas desta medicação), é admitido com diagnóstico de obstrução intestinal. Apresenta-se obnubilado, hipotenso, muito desidratado, diurese ausente, Ht 42%, glicemia 800 mg/dL, Na 160 mEq/L, K 5 mEq/L, pH 7,2 e osmolaridade sérica 380 mOsm/L.

A medida inicial de emergência mais importante nesse caso é administrar

- (A) 25 unidades de insulina regular EV.
- (B) 1 litro de solução de cloreto de sódio (0,45%).
- (C) bicarbonato de sódio (1 mEq/kg) e insulina (0,1 U/kg).
- (D) 500 mL em infusão rápida de solução de Ringer lactato.
- (E) 20 unidades de insulina em *bolus*, seguida de 1 litro de soro fisiológico com KCl (5 mEq/L).

11. Em relação à anestesia no idoso, está correto afirmar que

- (A) opióides apresentam duração de ação diminuída.
- (B) propofol deve ter sua dose aumentada.
- (C) MAC dos anestésicos inalatórios é maior.
- (D) atracúrio não precisa sofrer alteração na dosagem.
- (E) pancurônio tem duração diminuída.

12. Na pré-eclâmpsia ocorrem as seguintes alterações, **EXCETO**

- (A) oligúria.
- (B) edema.
- (C) hiperproteinemia.
- (D) diminuição na perfusão placentária.
- (E) diminuição de volume intravascular.

13. Em relação à analgesia peridural para parto, está correto afirmar que

- (A) diminui a incidência de parto instrumental.
- (B) pode retardar o segundo estágio do trabalho de parto.
- (C) aumenta a incidência de baixos escores de Apgar.
- (D) diminui a probabilidade de cesarianas.
- (E) acelera o progresso do trabalho de parto pelo aumento na concentração de anestésico local.

14. Assinale a alternativa correta em relação à velocidade de absorção sistêmica dos anestésicos locais.

- (A) Caudal>traqueal>epidural>intercostal.
- (B) Intercostal>caudal>epidural>plexo braquial.
- (C) Subcutânea>caudal>epidural>traqueal.
- (D) Paracervical>intercostal>plexo braquial>epidural.
- (E) Plexo braquial>intercostal>subcutânea>epidural.

15. Quanto à posição cirúrgica, está correto afirmar que

- (A) o decúbito lateral diminui a ventilação do pulmão dependente em paciente anestesiado.
- (B) o decúbito lateral diminui a perfusão do pulmão dependente.
- (C) a posição de litotomia diminui a pré-carga.
- (D) a posição de Trendelenburg invertido aumenta a pressão de perfusão cerebral.
- (E) a posição sentada aumenta o débito cardíaco.

16. Qual das afirmativas abaixo está correta em relação à aspiração pulmonar durante a indução de anestesia geral para cesariana?

- (A) O tratamento inicial consiste na intubação traqueal imediata, seguida de lavagem pulmonar.
- (B) O broncoespasmo é um problema que ocorre raras vezes.
- (C) A profilaxia da aspiração se baseia no uso de ranitidina oral 30min antes do procedimento.
- (D) Deve-se iniciar imediatamente a terapia com antibióticos e corticóides.
- (E) Deve-se intubar, ventilar com oxigênio a 100% e realizar aspiração traqueal.

17. Assinale a alternativa **INCORRETA** em relação à apnéia pós-operatória em prematuros submetidos à anestesia geral.

- (A) Falta relativa de fibras tipo I no diafragma.
- (B) Hematócrito menor do que 30%.
- (C) Imaturidade do centro respiratório.
- (D) Hipertermia.
- (E) Cafeína em altas doses pode ser uma profilaxia efetiva.

18. Qual dos bloqueadores neuromusculares citados depende em menor proporção do rim para sua eliminação e término de ação?

- (A) Galamina.
- (B) Pancurônio.
- (C) Vecurônio.
- (D) Cisatracúrio.
- (E) Succinilcolina.

19. Na cirurgia para ressecção transuretral de próstata, a grande quantidade de líquido de irrigação absorvido pode desencadear

- (A) hipernatremia e hiperpotassemia.
- (B) diminuição na pressão oncótica do plasma e diminuição na pressão venosa central.
- (C) queda na osmolaridade plasmática e hiponatremia.
- (D) aumento na osmolaridade plasmática e na pressão venosa central.
- (E) bradicardia e hipotensão.

20. Em relação à gestante, é correto afirmar que

- (A) ocorre um aumento significativo do débito cardíaco, o qual atinge um pico no segundo trimestre da gestação.
- (B) o aumento na resistência vascular periférica causa um aumento nas pressões arteriais sistólica e diastólica.
- (C) doses maiores de anestésico local são necessárias devido ao aumento na pressão líquórica.
- (D) as fibras nervosas ficam mais sensíveis aos estímulos nociceptivos devido à ação da progesterona.
- (E) a CAM dos anestésicos inalatórios fica aumentada.

21. Pode-se ter noção (monitorar) da extração de oxigênio de modo rápido e simplificado por meio da

- (A) oximetria de pulso combinada com a saturação de O₂ na artéria pulmonar ou veia cava superior.
- (B) gasometria arterial.
- (C) avaliação das pressões cavitárias: PDF, PAP, PCWP.
- (D) dosagem de lactato.
- (E) coloração da pele e mucosas.

22. São causas de aumento da extração de O₂:

- (A) aumento na FiO₂ e diminuição na saturação da hemoglobina.
- (B) aumento na PaO₂ e aumento na FiO₂.
- (C) hipovolemia, anemia e hipermetabolismo.
- (D) hipervolemia e aumento na PVC.
- (E) choque cardiogênico e tamponamento cardíaco.

23. Qual dos itens abaixo diferencia insuficiência cardíaca de choque cardiogênico?

- (A) PVC elevada.
- (B) Índice cardíaco baixo.
- (C) Índice de resistência vascular sistêmica elevado.
- (D) Consumo de oxigênio.
- (E) Frequência cardíaca baixa.

24. Com relação à hemorragia aguda de 30 a 40% da volemia, está **INCORRETO** afirmar que

- (A) ocorre queda da pressão arterial com taquicardia.
- (B) há palidez e descoramento de mucosas.
- (C) ocorre queda no hematócrito com diminuição da extração de oxigênio.
- (D) há diminuição da PVC e aumento da resistência vascular sistêmica.
- (E) ocorre uma perfusão renal.

25. Assinale a prioridade de conduta no manejo da hemorragia aguda.

- (A) Administrar concentrado de hemácias.
- (B) Administrar sangue total e derivados.
- (C) Administrar betabloqueadores.
- (D) Aumentar o padrão ventilatório para evitar hipoxemia.
- (E) Otimizar o fluxo sanguíneo, promovendo adequado débito cardíaco com líquidos sem conteúdo celular.

26. Na estenose hipertrófica do piloro em recém-nascido, a ocorrência de acidúria paradoxal (urina ácida) reflete

- (A) acidose metabólica.
- (B) hiperpotassemia.
- (C) hiponatremia.
- (D) hiperclôremia.
- (E) acidose respiratória.

27. No manuseio anestésico do RN com enfisema lobar, recomenda-se

- (A) anestesia geral suplementada com anestesia local, ventilação espontânea e pressões positivas mínimas até abertura do tórax.
- (B) ventilação com pressão positiva alta.
- (C) anestesia inalatória associada ao uso de protóxido.
- (D) aspiração ou toracotomia para decompressão do(s) lobo(s) afetado(s).
- (E) intubação acordado.

28. Na avaliação pré-anestésica do paciente diabético, o bom controle do diabetes pode ser revelado por

- (A) glicemia de jejum de 120 – 130 mg% e hemoglobina glicosilada de 10 – 20 mg%.
- (B) glicemia de jejum de 50 mg% e hemoglobina glicosilada de 2 mg%.
- (C) glicemia de jejum abaixo de 110 mg% e hemoglobina glicosilada de 5 – 10 mg%.
- (D) glicemia de jejum de 120 mg% e hemoglobina glicosilada de 10 – 15 mg%.
- (E) glicemia de jejum de 130 mg% e hemoglobina glicosilada de 25 mg%.

29. No tratamento da crise hiperglicêmica de um paciente de 70 kg, diabético tipo 1, cada unidade de insulina regular pode diminuir a glicemia em

- (A) 40 – 50 mg%.
- (B) 25 – 30 mg%.
- (C) 10 – 15 mg%.
- (D) 5 – 10 mg%.
- (E) 2 – 3 mg%.

30. Assinale qual é o método não-invasivo mais simples e eficaz de detecção de isquemia miocárdica perioperatória de um paciente de alto risco.

- (A) Diminuição da PA para 80 mmHg, bradicardia e saturação da Hb de 90%.
- (B) Depressão do segmento ST.
- (C) Detecção visual de modificações do segmento ST no ECG.
- (D) Inversão e/ou achatamento da onda T e prolongamento do QT_i.
- (E) Elevação ou depressão do segmento ST em, pelo menos, 1 mm, confirmado por meio da análise computadorizada pelo monitor de ECG.

31. O som de galope diastólico ventricular (ritmo de galope) pode ser o primeiro sinal de insuficiência cardíaca congestiva e é devido a

- (A) aumento da complacência do ventrículo esquerdo.
- (B) refluxo de sangue do ventrículo esquerdo para a aurícula esquerda.
- (C) entrada de sangue com distensão do ventrículo esquerdo relativamente não-complacente.
- (D) refluxo de sangue da aorta para o ventrículo esquerdo.
- (E) aumento da complacência da aurícula direita.

32. Assinale os valores considerados normais para a pressão diastólica final (PDF) do ventrículo esquerdo (VE) e do ventrículo direito (VD).

- (A) PDF VE ↓12 mmHg – PDF VD ↓5 mmHG
- (B) PDF VE 15-18 mmHg – PDF VD 8-10 mmHG
- (C) PDF VE 25 mmHg – PDF VD 15 mmHg
- (D) PDF VE 30 mmHg – PDF VD 20 mmHG
- (E) PDF VE ↑30 mmHg – PDF VD ↑20 mmHG

33. É ocorrência relativamente freqüente em cirurgia para correção de hérnia diafragmática do recém-nascido:

- (A) desequilíbrio hidroeletrolítico.
- (B) pneumotórax.
- (C) sepse com insuficiência renal.
- (D) alcalose respiratória.
- (E) alcalose metabólica.

34. A concentração plasmática de digoxina (em nanograma/mL) acima da qual usualmente ela reflete intoxicação digitalica é

- (A) 0,5 ng/mL.
- (B) 1,5 ng/mL.
- (C) 2 ng/mL.
- (D) 3 ng/mL.
- (E) 4 ng/mL.

35. Em cirurgia para correção de aneurisma de aorta abdominal, o clapeamento da aorta pode causar importantes alterações hemodinâmicas, **EXCETO**

- (A) diminuição do débito cardíaco.
- (B) diminuição da pressão venosa central.
- (C) diminuição do fluxo sanguíneo renal.
- (D) aumento da pressão capilar pulmonar.
- (E) acidose metabólica.

36. A auto-regulação do FSC é caracterizada como uma resposta vascular cerebral ativa de vasoconstrição quando ocorre um ↑ da PA Sistêmica e de vasodilatação quando ocorre ↓ da PA Sistêmica, com a finalidade de manter um FSC constante.

Assinale a faixa de PAM, no paciente normotenso, em que a auto-regulação ainda está presente.

- (A) 40 – 80 mmHg
- (B) 50 – 110 mmHg
- (C) 60 – 120 mmHg
- (D) 60 – 150 mmHg
- (E) 80 – 120 mmHg

37. Qual dos itens abaixo se constitui em um sinal tardio de embolismo aéreo e só aparece quando o episódio embólico já é intenso (severo)?

- (A) Alteração do som pelo transdutor DOPPLER colocado na região do VD.
- (B) Diminuição da $PECO_2$ (pressão parcial de CO_2 expirado).
- (C) Aumento no nitrogênio eliminado.
- (D) Reflexo "GASP" (GASP REFLEX).
- (E) Murmúrio de roda de moinho na ausculta por estetoscópio esofágico.

38. No tratamento emergencial de uma hiponatremia sintomática intensa (Ex.: 110 mEq Na/L), pode ocorrer o desenvolvimento de desmielinação osmótica (Ex.: ponte cerebral) se a velocidade de elevação na concentração plasmática do sódio for **superior** a

- (A) 1 – 2 mEq Na/L/dia.
- (B) 2 – 5 mEq Na /L/dia.
- (C) 5 – 8 mEq Na/L/dia.
- (D) 8 – 10 mEq Na/L/dia.
- (E) 12 mEq Na/L/dia.

39. Que alterações no ECG podem caracterizar hipopotassemia severa?

- (A) Elevação do segmento ST, onda T apiculada, ↓ PRi.
- (B) ↑ PRi, depressão do segmento ST, inversão de onda T.
- (C) Depressão do segmento ST, inversão de onda T, proeminente onda U.
- (D) Inversão do segmento ST, ↓ PRi, onda delta.
- (E) Supradesnível do segmento ST, ↑ QT_i.

40. Quando ocorre arritmia cardíaca por suspeita de intoxicação digitalica, a administração de potássio IV indicada é

- (A) 0,1 – 0,2 mEq IV a cada 3 – 5 min, em soro fisiológico, até obter ECG normal.
- (B) 0,5 mEq IV a cada 3 – 5 min, em soro fisiológico, até obter ECG normal.
- (C) 1 – 2 mEq IV a cada 3 – 5 min, em soro fisiológico, até obter ECG normal.
- (D) 3 mEq IV a cada 3 – 5 min, em soro fisiológico, até obter ECG normal.
- (E) 4 mEq IV a cada 3 – 5 min, em soro fisiológico, até obter ECG normal.