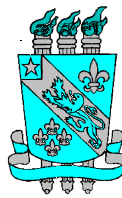




# PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIA MÉDICA



Universidade  
Estadual do Piauí

## PROVA ESCRITA OBJETIVA

### MEDICINA INTENSIVA

DATA: 09/02/2014 – HORÁRIO: 8h30min às 12h30min (horário do Piauí)

#### LEIA AS INSTRUÇÕES:

- Você deve receber do fiscal o material abaixo:
  - Este caderno com 50 questões objetivas sem repetição ou falha.
  - Um CARTÃO-RESPOSTA destinado às respostas objetivas da prova.

**Obs.:** Para realizar sua prova, use apenas o material mencionado acima e em hipótese alguma, papéis para rascunho.
- Verifique se este material está completo e se seus dados pessoais conferem com aqueles constantes do CARTÃO-RESPOSTA.
- Após a conferência, você deverá assinar seu nome completo, no espaço próprio do CARTÃO-RESPOSTA utilizando caneta esferográfica com tinta de cor azul ou preta.
- Escreva o seu nome nos espaços indicados na capa deste CADERNO DE QUESTÕES, observando as condições para tal (assinatura e letra de forma), bem como o preenchimento do campo reservado à informação de seu número de inscrição.
- No CARTÃO-RESPOSTA, a marcação das letras correspondentes às respostas de sua opção, deve ser feita com o preenchimento de todo o espaço do campo reservado para tal fim.
- Tenha muito cuidado com o CARTÃO-RESPOSTA, para não dobrar, amassar ou manchar, pois este é personalizado e em hipótese alguma poderá ser substituído.
- Para cada uma das questões são apresentadas cinco alternativas classificadas com as letras (A), (B), (C), (D) e (E); somente uma responde adequadamente ao quesito proposto. A marcação em mais de uma alternativa anula a questão, **mesmo que uma das respostas esteja correta**; também serão nulas as marcações rasuradas.
- As questões são identificadas pelo número que fica à esquerda de seu enunciado.
- Os fiscais não estão autorizados a emitir opinião nem a prestar esclarecimentos sobre o conteúdo das provas. Cabe única e exclusivamente ao candidato interpretar e decidir a este respeito.
- Reserve os 30 (trinta) minutos finais para marcar seu CARTÃO-RESPOSTA. Os rascunhos e as marcações assinaladas no CADERNO DE QUESTÕES não serão levados em conta.
- Quando terminar sua Prova, antes de sair da sala, assine a LISTA DE FREQUÊNCIA, entregue ao Fiscal o CADERNO DE QUESTÕES e o CARTÃO-RESPOSTA, que deverão conter sua assinatura.
- O tempo de duração para esta prova é de 4 (quatro) horas.**
- Por motivos de segurança, você somente poderá ausentar-se da sala de prova depois de decorridas **2 (duas) horas** do seu início.
- O rascunho ao lado não tem validade definitiva como marcação do Cartão-Resposta, destina-se apenas à conferência do gabarito por parte do candidato.

#### Nº DE INSCRIÇÃO

--	--	--	--	--	--

Assinatura

Nome do Candidato (letra de forma)

#### RASCUNHO

01		31	
02		32	
03		33	
04		34	
05		35	
06		36	
07		37	
08		38	
09		39	
10		40	
11		41	
12		42	
13		43	
14		44	
15		45	
16		46	
17		47	
18		48	
19		49	
20		50	
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIA MÉDICA – MEDICINA INTENSIVA - 2014

ATENÇÃO: Esta parte somente deverá ser destacada pelo fiscal da sala, após o término da prova.

NÚCLEO DE CONCURSOS E PROMOÇÃO DE EVENTOS – NUCEPE  
FOLHA DE ANOTAÇÃO DO GABARITO

**Nº DE INSCRIÇÃO**

--	--	--	--	--	--	--

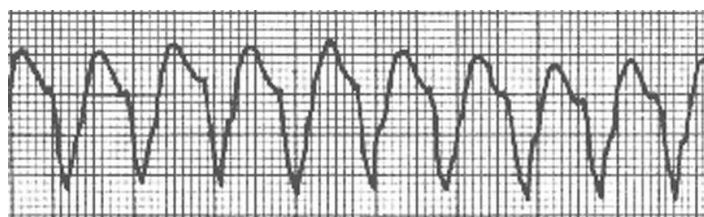
01. Em relação à terapia trombolítica, marque (V) para verdadeiro ou (F) para falso e, em seguida, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.
- ( ) Dever ser evitada em pacientes com suspeita de infarto agudo do miocárdio com elevação do segmento ST.
  - ( ) Suspeita de dissecção aórtica e neoplasia intracraniana conhecida são contraindicações absolutas à terapia trombolítica.
  - ( ) Sangramento interno recente (nas últimas 2-4 semanas) são contraindicações relativas que requerem cuidados especiais.

- a) V / F / F
- b) F / V / F
- c) F / V / V
- d) F / F / F
- e) V / V / V

02. A presença de tromboembolismo pulmonar leva às seguintes alterações fisiopatológicas, **EXCETO**:

- a) redução da resistência das vias aéreas causada por broncoconstrição.
- b) redução da complacência pulmonar por edema, hemorragia pulmonar e perda do surfactante.
- c) aumento da resistência vascular pulmonar em decorrência da obstrução, de agentes neuro-humorais e alteração de barorreceptores da artéria pulmonar.
- d) alteração da troca gasosa em virtude do aumento do espaço morto alveolar, decorrente da obstrução vascular e da hipoxemia decorrente da hipoventilação e do aumento do shunt.
- e) A maioria dos trombos dos membros inferiores localiza-se nos vasos distais (abaixo da veia poplítea), porém podem se propagar para os segmentos proximais (veia poplítea, femoral, ilíaca, cava).

03. Paciente de 73 anos com tontura há seis meses, sendo inicialmente feita suspeita clínica de labirintite. Tratada com sintomático, sem melhora. Evoluiu com períodos sincopais, sendo feita suspeita de arritmia (recebendo amiodarona 200 mg 3x por semana). Hoje apresentou quadro de tontura ao levantar da cama, com escurecimento de vista e com queda da própria altura. No exame neurológico não apresentava sinais de localização, sendo pedida TC de crânio que não mostrou sangramentos ou isquemias agudas. Antecedentes: dislipidemia controlada. HAS em uso de bloqueador de enzima de conversão, AAS 200 mg ao dia, em uso de amiodarona 200 mg 3x por semana. Durante exame clínico na Semi-intensiva, o mesmo evolui com parada cardiorrespiratória com ritmo abaixo identificado. Qual o ritmo identificado?



- a) Bloqueio Átrio Ventricular de terceiro grau.
  - b) Taquicardia Ventricular.
  - c) Fibrilação Ventricular.
  - d) Taquicardia Sinusal.
  - e) Fibrilação Atrial.
04. Admitiu-se um paciente na UTI imediatamente após ele ter sido ressuscitado no pronto-socorro de uma PCR, ainda de causa não definida. À admissão na UTI o paciente encontra-se com Glasgow de 6, em ritmo sinusal e recebendo dopamina na dose de 6 mcg/kg/hora. Opta-se então por indução de hipotermia com a finalidade de neuroproteção. Quais as possíveis complicações da hipotermia?

- a) Hipervolemia e hipocalemia (com hipercalemia na fase de reaquecimento).
  - b) Hipoglicemia por diminuição da resistência à insulina, hipomagnesemia.
  - c) Aumento dos intervalos PR e QT do ECG e aumento da frequência cardíaca.
  - d) Aumento do débito cardíaco e hipofosfatemia.
  - e) Aumento dos riscos de sangramento e aumento na chance de infecções nosocomiais.
- 05.** Para a confirmação diagnóstica de quadros de trombose venosa profunda, o uso de Dímero-D tem-se revelado uma prática útil e pouco dispendiosa. No entanto, com relação a este teste, assinale a alternativa **correta**:
- a) apresenta baixa sensibilidade;
  - b) apresenta baixa especificidade;
  - c) é contraindicado na fase aguda;
  - d) é contraindicado na fase subaguda;
  - e) indispensável para diagnóstico.
- 06.** Qual das alternativas abaixo, **NÃO** está entre as complicações da administração de bicarbonato de sódio durante o tratamento da cetoacidose diabética?
- a) Hipocalemia.
  - b) Alcalose metabólica.
  - c) Acidose paradoxal do líquor.
  - d) Crise hipertensiva.
  - e) Edema cerebral.
- 07.** Para obtenção de via aérea, o uso da máscara laríngea seria aceitável para todos os pacientes seguintes, **EXCETO**:
- a) paciente com hematemese maciça originada de varizes esofágicas que necessite proteção de via aérea;
  - b) paciente que será submetido a procedimento cirúrgico eletivo rápido, de baixa complexidade e sem necessidade de anestesia profunda;
  - c) vítima de acidente automobilístico em uso de colar de imobilização cervical;
  - d) paciente em insuficiência respiratória aguda que teve duas tentativas frustradas de intubação;
  - e) vítima de trauma facial grave com difícil visualização de via aérea.
- 08.** Paciente do sexo feminino apresenta urocultura repetidamente positiva para *Escherichia coli* ESBL com contagem acima de 100.000 UFC/mL. A mesma nega sintomatologia urinária ou febre e todos os episódios em que o patógeno foi isolado e o EAS nestas ocasiões mostrava piócitos em valores dentro da normalidade. A conduta correta é:
- a) Tratar com carbapenêmico.
  - b) Tratar com cefepime.
  - c) Confirmar antes com nova urocultura.
  - d) Usar polimixina B.
  - e) Não fazer antibioticoterapia.
- 09.** Paciente do sexo masculino, 43 anos, apresenta-se no SPS com febre e tosse produtiva. A ausculta pulmonar revela creptos à direita e a frequência respiratória é de 36 irpm. PA = 136/92 mmHg. A oximetria de pulso é de 95% em ar ambiente. A radiografia de tórax mostra infiltrado pulmonar à direita. Presença de

leucocitose com desvio à esquerda no hemograma. Ureia = 67 mg/dL e creatinina = 1,4 mg/dL. A conduta correta nesse caso é:

- a) Internar e prescrever macrolídeo EV isoladamente.
  - b) Após esta análise no SPS, encaminhar para domicílio com prescrição de ceftriaxona e macrolídeo.
  - c) Internar e prescrever ampicilina-sulbactam e macrolídeo, ambos EV.
  - d) Internar na UTI com prescrição de levofloxacina EV.
  - e) Internar na enfermaria com prescrição de ciprofloxacino EV.
10. Um paciente com sepse, disfunção renal não dialítica devido a pneumonia hospitalar apresenta o resultado abaixo de uma cultura do aspirado traqueal.  
*Enterobacter cloacae* >100.000 UFC/mL (cepa produtora da betalactamase AmpC).

Amicacina	Sensível MIC ≤ 2
Gentamicina	Sensível ≤ 1
Amoxicilina/ác. Clavulânico	Resistente
Ampicilina	Resistente
Aztreonam	Sensível MIC ≤ 1
Cefalotina	Resistente
Cefepime	Sensível ≤ 1
Ceftazidima	Sensível ≤ 1
Cefotaxima	Sensível ≤ 1
Cefoxitina	Resistente
Ciprofloxacina	Sensível ≤ 0,25
Ertapenem	Sensível ≤ 0,5
Imipenem	Sensível ≤ 1
Meropenem	Sensível ≤ 1
Piperacilina-tazobactam	Sensível ≤ 4
Tigeciclina	Sensível = 1

Entre os antimicrobianos abaixo, qual a melhor escolha para o caso:

- a) Cefepime.
  - b) Tigeciclina.
  - c) O antibiótico que apresentar menor MIC entre os listados no antibiograma.
  - d) Amicacina.
  - e) Ceftazidima.
11. Paciente do sexo feminino, 20 anos, apresenta-se no SPS com suspeita clínico-epidemiológica de dengue. Foram clinicamente afastadas as hipóteses de IVAS, otite, pneumonia, meningite, apendicite, infecção intestinal, ITU e DIP. O exame físico revela mucosa oral desidratada, PA = 90/60 mmHg e exantema petequial em membros superiores. A paciente foi orientada a aumentar a ingestão hídrica e informada sobre a necessidade de retornar ao SPS, caso surgissem sinais de alarme da dengue, e então recebeu alta do SPS. Marque a alternativa correta.
- a) A paciente deveria ter tido internação hospitalar para tratamento de febre hemorrágica da dengue com fluidos endovenosos.
  - b) A paciente deveria ter realizado hemograma no SPS e sido hidratada por via oral, preferencialmente, de maneira supervisionada, enquanto aguardava-se o resultado do exame.

- c) O plantonista não realizou a prova do laço, procedimento indispensável para classificação da dengue em grupo A ou B e decisão da conduta nesta paciente.
- d) Como se tratava de paciente com suspeita clínica de dengue Grupo A, a conduta do médico do SPS foi correta.
- e) A paciente deveria ter realizado avaliação laboratorial mínima que incluísse hemograma, transaminases, uréia e creatinina, radiografia de tórax e ultrassom abdominal, segundo protocolo do Ministério da Saúde para dengue.

12. Marque a alternativa que representa a **conduta mais correta** frente a interpretação de culturas:

- a) Paciente febril realizou hemocultura com coleta única de 20 mL de sangue a partir de acesso periférico, sendo a amostra inoculada em 03 frascos no momento da coleta. Nos 03 frascos cresceu *Acinetobacter baumannii* sensível apenas carbapenemos e colistina. O médico assistente estará correto caso escolha imipenem para tratar o paciente baseado nesta cultura.
- b) Paciente com febre e lesão abscedada em coxa esquerda com hiperemia, hipertermia, e dores locais acentuadas, drenando secreção purulenta. Foi iniciado oxacilina empiricamente e colhido cultura da secreção purulenta com *swab*. A cultura revelou *Klebsiella pneumoniae* ESBL, sensível apenas a meropenem. O médico assistente desconsiderou a cultura e manteve o tratamento com oxacilina.
- c) Em um paciente febril sem foco infeccioso evidente, o cateter venoso central foi trocado e sua ponta enviada para cultura. Ao chegar o resultado da cultura da ponta do cateter, o médico assistente modificou a antibioticoterapia para ajustar-se ao encontrado no antibiograma, apesar da melhora clínica do paciente.
- d) Paciente sob ventilação mecânica invasiva há 20 dias, evoluindo com febre, diarreia e leucocitose sem desvio à esquerda. Radiografia pulmonar sem progressão de discretos infiltrados bilaterais. Ausência de secreção respiratória purulenta. A cultura do aspirado traqueal mostra isolamento de *Staphylococcus aureus* MRSA. Médico assistente opta por iniciar tratamento com vancomicina endovenosa.
- e) Ao ler o resultado de um antibiograma pode-se confiar sempre na correlação entre sensibilidade “in vitro” e “in vivo”.

13. Marque a alternativa **INCORRETA** em relação às infecções intra-abdominais:

- a) Para pacientes adultos com infecção intra-abdominal comunitária leve a moderada, a combinação de metronidazol com ceftriaxona, cefotaxima ou levofloxacina, ou a monoterapia com piperacilina-tazobactam, cefoxitina ou tigeciclina são esquemas antimicrobianos empíricos adequados.
- b) Ampicilina-sulbactam em monoterapia não é recomendada devido às taxas elevadas de resistência a este agente entre as *E. coli* adquiridas na comunidade.
- c) Por causa da disponibilidade de agentes menos tóxicos no mínimo igualmente eficazes, os aminoglicosídeos não são recomendados para o uso rotineiro em adultos com infecção intra-abdominal comunitária.
- d) A administração de antibióticos profiláticos aos pacientes com pancreatite necrotizante severa antes da comprovação do diagnóstico de infecção é firmemente recomendada com base em evidências.
- e) Cobertura empírica para *Enterococcus* não é necessária nos pacientes com infecção intra-abdominal comunitária.

14. Um homem de 73 anos previamente sadio está internado por causa de disúria de início agudo, frequência urinária, febre e calafrios. Sua temperatura é de 39,5 °C, a PA é 80/60 mmHg, a FC é de 140 bpm e a FR é de 30 irpm. Assinale a alternativa **correta**.

- a) O paciente apresenta nítido choque séptico, necessitando com urgência de reanimação volêmica, associada a noradrenalina e corticoide em baixa dose.

- b) Paciente com quadro de sepse grave. Deve-se realizar urocultura e hemocultura, iniciar antibioticoterapia empírica, solicitar lactato arterial e tentar corrigir a hipotensão com reanimação volêmica.
- c) Paciente com sepse severa. Iniciar antibioticoterapia empírica e dopamina.
- d) Caso o paciente não corrija a hipotensão após a reanimação volêmica, encontra-se em choque séptico, necessitando de gasometria venosa para avaliação da saturação venosa central de oxigênio com fins a decidir quanto ao início de dobutamina e ou de dopamina.
- e) Dada a gravidade do caso deve-se iniciar Meropenem ainda na Emergência.

15. Em pacientes com pancreatite aguda é **correto** afirmar:

- a) A nutrição parenteral deve ser iniciada a partir do dia do diagnóstico em casos de pancreatite moderada e grave ofertando 35 cal/kg/dia.
- b) A antibioticoterapia empírica está indicada sempre que houver mais de 50% de necrose pancreática.
- c) Cirurgia é indicada precocemente sempre que houver mais de 20% de necrose pancreática devendo ser realizada precocemente.
- d) A ultrassonografia abdominal é o exame de escolha para diagnóstico e seguimento dos quadros de pancreatite.
- e) A antibioticoterapia de escolha é com Ceftriaxona e Metronidazol.

16. Em pacientes com hemorragia digestiva alta é **correto** afirmar:

- a) A endoscopia digestiva alta é mandatória e tem alta resolatividade diagnóstica e terapêutica devendo ser realizada o mais rápido possível.
- b) O uso de octreotídeo está indicado nos casos de varizes de esôfago e nos casos de Mallory Weiss.
- c) O uso de bloqueadores H<sub>2</sub> é tão eficiente quanto o uso de bloqueadores de bomba de prótons nos casos de sangramento por úlcera gástrica.
- d) O uso do balão gastroesofágico é eficaz em parar o sangramento e pode permanecer colocados por até no máximo 4 dias.
- e) Pacientes hemodinamicamente instáveis e chocados devem ser intubados somente após a realização da endoscopia alta ou da colocação do balão gastroesofágico.

17. Sobre o uso de concentrado de hemáceas é correto afirmar, **EXCETO**:

- a) O uso de concentrado de hemáceas é indicado em casos de anemia sintomática, ou seja, em casos onde se faz necessária a otimização da DO<sub>2</sub>.
- b) O uso de concentrado de hemáceas deve ser realizado na maior parte dos pacientes com Hb<7,0mg/dl e deve ser evitado na maior parte dos pacientes com Hb>9,0mg/dl.
- c) Nas primeiras horas após hemorragias agudas os níveis de Hb/Hcto não são considerados como bons parâmetros para a decisão de transfusão devendo-se guiar por parâmetros hemodinâmicos clínicos nessas situações.
- d) Em pacientes coronariopatas, chocados, gestantes e crianças deve-se almejar níveis de Hb idealmente iguais ou superiores a 9 mg/dl.
- e) O uso de concentrado de hemáceas deve sempre ser seguido de dose de diurético para evitar edema agudo de pulmão.

18. Sobre o uso de hemoderivados, é **correto** afirmar:

- a) O uso de plasma fresco congelado deve ser feito na dose de 600 ml em todo paciente com sangramento ativo.

- b) O uso de plasma fresco é indicado na dose de 10 a 20ml/Kg em pacientes com TAP<50% e com sangramento ativo.
- c) O uso de plasma é indicado em pacientes chocados e com hipoalbuminemia.
- d) O uso de concentrado de plaquetas deve ser feito na dose de 10U/Kg de peso.
- e) O uso de concentrado de plaquetas colhidas por aférese aumenta o risco de sensibilização imune do receptor.

19. Sobre o atendimento inicial de um paciente com emergência neurológica, marque a alternativa **correta**:

- a) Pacientes com Glasgow iguais ou inferiores a 10 devem ser imediatamente intubados.
- b) Caso o paciente apresente convulsão deve receber dose de ataque de diazepam e a seguir receber dose profilática de hidantal de 100mg a cada 8h EV.
- c) Caso o paciente apresente convulsão deve receber dose de diazepam para controle imediato da crise e a seguir receber dose plena de hidantalização (18mg/kg) seguida de dose profilática 100mg a cada 8h EV até ser esclarecida a causa da convulsão.
- d) A tomografia de crânio com contraste é mandatória na maioria dos casos de emergência neurológica.
- e) Elevação da cabeceira em 60 graus ajuda a reduzir a pressão intracraniana e deve ser realizada em todos os pacientes.

20. Sobre pacientes com acidente vascular encefálico (AVE) é **correto** afirmar que:

- a) A PA desses pacientes deve ser controlada cuidadosamente devendo ficar nos limites superiores, tolerando-se níveis de até aproximadamente 190/100mmHg em quadros de isquemia aguda.
- b) No AVE isquêmico deve se considerar trombólise em até 4,5h do evento inicial e nesses casos a PA deve estar abaixo de 180/90mmHg para administração da droga.
- c) Pacientes com AVEi que não são candidatos a trombólise devem receber antiagregante plaquetário (AAS ou clopidogrel).
- d) Pacientes com eventos embólicos devem ser avaliados para anticoagulação plena e uso crônico de anticoagulantes.
- e) Todas as alternativas acima estão corretas.

21. Sobre pacientes neurocríticos é **correto** afirmar que:

- a) Pacientes com hemorragia subaracnóide (HSA) geralmente devem ser avaliados com arteriografia para identificação ou exclusão da presença de má formação arteriovenosa (MAV) ou de Aneurismas.
- b) Os níveis de pressão arterial almejados em pacientes com hemorragias parenquimatosas deve ser inferior ao de pacientes com eventos isquêmicos na fase aguda, mas hipotensão é ainda mais deletério do que hipertensão leve mesmo nesses pacientes.
- c) Gastroprofilaxia em pacientes com dieta zero deve ser realizada, bem como mudança de decúbito a cada 2 h e tromboprofilaxia adequada.
- d) Agitação nesses pacientes pode significar hipóxia, hipercapnia e piora do edema cerebral e sedação sem avaliação da causa pode agravar o paciente.
- e) Todas as alternativas acima estão corretas.

22. Sobre a abordagem de um paciente com dispnéia aguda na emergência, qual a alternativa **correta**:

- a) Ofertar oxigênio é sempre indicado independente da saturação de O<sub>2</sub> inicial do paciente.
- b) RX de Tórax, ECG e gasometria são indicados na grande maioria desses pacientes e apresentam boa relação custo-benefício e risco-benefício.

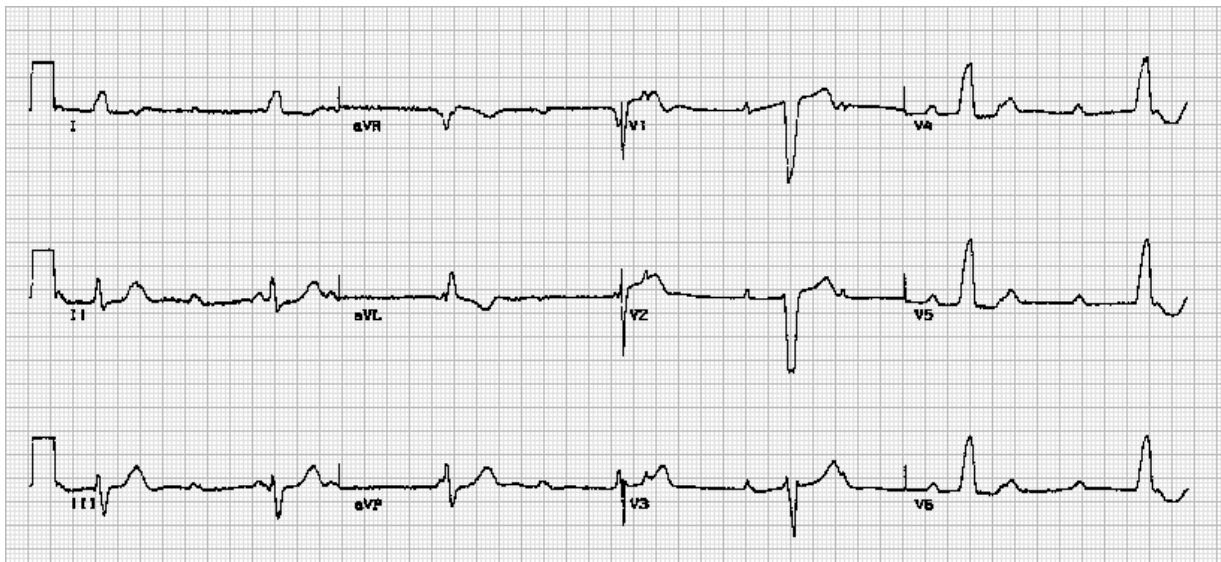


- c) Somente com a realização oximetria de pulso avalia-se bem a oxigenação e a ventilação desses pacientes não sendo necessário a gasometria quando a oximetria está normal.
- d) Quadros de dispneia aguda associados a coma grave ou a quadros de choque requerem intubação traqueal e suporte com ventilação mecânica.
- e) As alternativas “b” e “d” estão corretas.
- 23.** Sobre um paciente vítima de intoxicação exógena, marque a alternativa **correta**:
- a) Deve sempre ser feito BHCG em mulheres em idade fértil.
- b) A gasometria e ECG são exames importantíssimos na identificação precoce de potenciais complicações nesses pacientes, devendo ser realizados sempre que houver suspeita de intoxicação exógena
- c) Função renal e hepática basal são recomendadas usualmente nesses pacientes tanto para identificar dano presente como para se ter nível basal e comparar a posteriori
- d) A lavagem gástrica deve ser feita com sonda nasogástrica calibrosa e usando bolus de 200 ml soro de cada vez. Essa conduta deve ser evitada em intoxicações por produtos cáusticos
- e) Todas as alternativas acima estão corretas.
- 24.** Ao admitir um paciente com sepse severa ao hospital, qual das condutas abaixo é essencial para melhorar o prognóstico desse paciente?
- a) Realização de exames de imagem em até 3 horas da admissão do paciente.
- b) Eliminação do foco infeccioso, coleta de culturas e administração da primeira dose do antibiótico em até 1 hora da admissão ao hospital.
- c) Monitorização Hemodinâmica invasiva imediata.
- d) Cobertura antibiótica para germes multirresistentes.
- e) Uso de corticóide em dose de stress.
- 25.** Ao admitir um paciente com insuficiência respiratória aguda, em qual dos seguintes pacientes você indicaria o uso de ventilação não invasiva com CPAP:
- a) Paciente jovem, com pneumonia extensa e muita secreção respiratória.
- b) Paciente idoso, com AVE e Glasgow de 7.
- c) Paciente com IAM evoluindo com EAP e instabilidade hemodinâmica.
- d) Paciente com DPOC descompensado e hemodinâmica estável.
- e) Paciente com TRM e instabilidade hemodinâmica.
- 26.** Com relação ao manejo de um paciente com emergência hipertensiva, assinale a alternativa **correta**:
- a) Deve-se reduzir a PAS para níveis abaixo de 150mm Hg e a PAD para níveis abaixo de 100 mmHg em 1 hora.
- b) Deve-se utilizar droga que baixe a PA e também diminua a frequência cardíaca em pacientes com dissecção aórtica e em síndromes coronarianas agudas (SCA).
- c) Beta bloqueadores são contraindicações absoluta em pacientes com DPOC.
- d) Inibidores de ECA são indicados na eclampsia.
- e) Nitroprussiato de sódio tem ação nefrotóxica e pode levar a insuficiência renal aguda.
- 27.** Paciente de 18 anos de idade, chega ao Pronto Socorro com história de taquicardia há 30 minutos, sem alterações no exame físico. Observe o ECG abaixo, e marque a alternativa **correta** quanto ao diagnóstico eletrocardiográfico e sua conduta para reversão do ritmo para sinusal.



- a) ECG: Fibrilação Atrial; Conduta: Propafenona.
- b) ECG: Flutter Atrial; Conduta: Amiodarona.
- c) ECG: Taquicardia Paroxística Supraventricular; Conduta: Adenosina.
- d) ECG: Taquicardia Ventricular; Conduta Lidocaína.
- e) ECG: Taquicardia atrial; Conduta: atenolol.

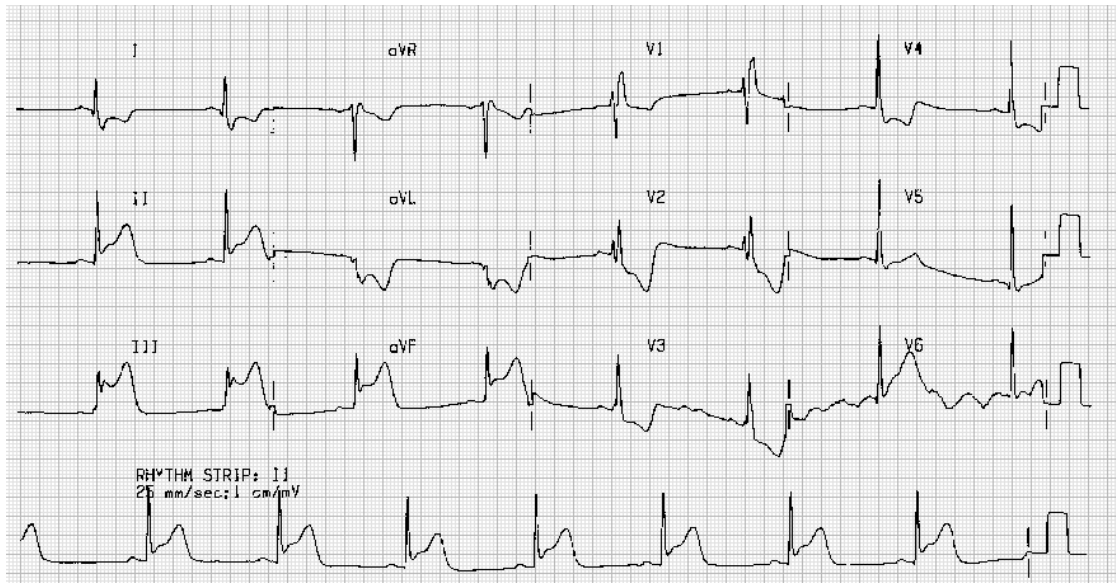
28. Paciente de 80 anos de idade chega ao pronto socorro com história de síncope recorrente 3 episódios nas últimas 12 horas, sendo o último há 30 minutos com o ECG abaixo.



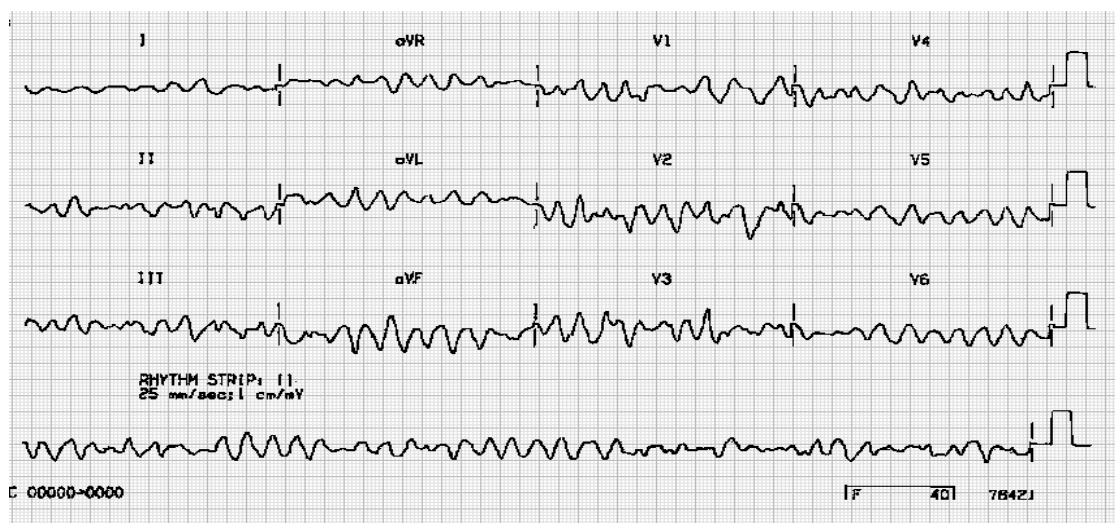
Marque a Alternativa **correta** quanto a conduta imediata deste caso.

- a) Cardioversão elétrica.
- b) Desfibrilação.
- c) Marca-passo provisório.
- d) Uso de Amiodarona.
- e) Observação Clínica.

29. Paciente de 50 anos, masculino, hipertenso e tabagista 50 anos/maço, chega ao Pronto-Socorro com queixa de dor torácica em aperto, com irradiação para mandíbula, desencadeada há 1 hora após caminhar na esteira, associada a sudorese fria, náuseas e vômitos. Estava em uso de enalapril e hidroclorotiazida. Ao exame: encontrava-se com fácies de dor, com sudorese profusa, com PA: 110x70bpm e FC 45 bpm, sem outras anormalidades. Realizado rapidamente o ECG abaixo:



De repente, no monitor surge uma arritmia conforme ECG abaixo, o paciente colapsa e perde o pulso. Qual a conduta imediata que deve ser tomada?



- a) Cardioversão Elétrica Não Sincronizada.  
b) Cardioversão Elétrica Sincronizada.  
c) Desfibrilação.  
d) Amiodarona Endovenosa.  
e) Observação Clínica.
30. Sobre emergências hipertensivas marque a alternativa **correta**.
- a) A presença de dano orgânico caracteriza a situação de emergência e esses pacientes devem ser monitorizados com PAM invasiva e ser tratados com drogas endovenosas.  
b) O objetivo inicial é o de reduzir a PAM inicial em 30% a 50% do valor inicial na primeira hora, evitando o potencial óbito do paciente com emergência hipertensiva.  
c) O nitroprussiato é a droga venosa mais eficaz disponível no Brasil, mas não deve ser utilizada (contra-indicação absoluta) em pacientes com diálise ou com Insuficiência renal.

- d) Nas síndromes coronarianas, ICC com edema agudo de pulmão é essencial que se reduza a FC para diminuir consumo de O<sub>2</sub> no miocárdio e os betabloqueadores são portanto drogas de escolha para essas situações.
- e) É mandatória a realização de tomografia de tórax em todos os pacientes com emergência hipertensiva e dor torácica.

31. Ainda sobre emergências hipertensivas, marque a alternativa **correta**:

- a) Inibidores de ECA não são drogas de primeira linha para esses pacientes pois não tem a forma venosa e jamais devem ser dado a gestantes.
- b) O Esmolol venoso é excelente opção no tratamento das emergências hipertensivas com dissecação de aorta.
- c) A hidralazina é excelente opção nas emergências hipertensivas que cursam com hipervolemia, mas pode causar taquicardia importante.
- d) A presença de hemólise intravascular, hematúria e/ou elevação de escórias renais e retinopatia hipertensiva grau IV devem ser pesquisados e caracterizam a presença de dano orgânico nesses pacientes.
- e) Todas as alternativas acima estão corretas.

32. Em relação à injúria renal relacionada à sepse, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- a) A intensidade da reposição volêmica em pacientes críticos com injúria renal deve ser cautelosa, buscando a euvolemia.
- b) Amidos sintéticos devem ser evitados em razão do risco de prejuízo a função renal e de distúrbios da coagulação.
- c) A presença de injúria renal aguda é fator de risco independente de mortalidade hospitalar.
- d) A norepinefrina é considerada droga de escolha para otimizar a pressão de perfusão renal em pacientes com sepse grave.
- e) Na interação rim-pulmão no paciente crítico é importante no manejo da volemia a prescrição de fluidos sempre associada a de diuréticos objetivando um balanço negativo diário.

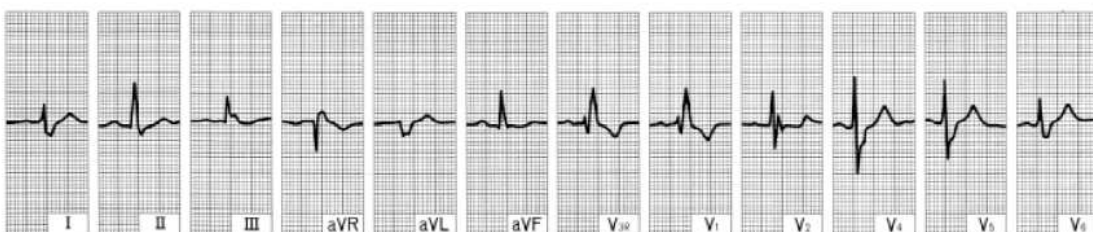
33. Você está de plantão como R1 de clínica médica na nefrologia, é solicitado uma avaliação de um paciente na sala de emergência, com história de queda de um andaime. O paciente encontrava-se desorientado, oligúrico, sem resposta à ressuscitação volêmica. Ao analisar os exames você reconhece como indicação de diálise de emergência todas as alternativas abaixo, exceto:

- a) Acidose grave (pH<7,10) refratária ao uso de bicarbonato.
- b) Hipercalemia K<sup>+</sup> - 7,0, independente da presença de alterações no ECG ou do volume urinário.
- c) Hipercalemia K<sup>+</sup> - 6,4 com alterações eletrocardiográficas típicas.
- d) Pericardite urêmica.
- e) Encefalopatia urêmica.

34. O Sistema de RIFLE define classes de severidade da Insuficiência Renal Aguda, assim como engloba parâmetros de evolução da perda da função renal. Das alternativas abaixo, qual melhor representa os critérios avaliados pelo sistema RIFLE?

- a) Creatinina sérica e Filtração glomerular.
- b) Filtração glomerular e débito urinário.
- c) Creatinina sérica e débito urinário.
- d) Aumento da Ureia e aumento absoluto creatinina sérica em 0,3mg/dl.

- e) Necrose tubular aguda e filtração glomerular.
35. Na abordagem terapêutica das intoxicações exógenas, a diálise de urgência é considerada uma indicação absoluta em muitas situações. Assinale a alternativa na qual a realização de hemodialise não estaria indicada.
- Intoxicação por carbamazepina.
  - Crise convulsiva, tremores em paciente com nível de lítio 4,5.
  - Envenenamento por chumbinho.
  - Intoxicação por salicilatos.
  - Intoxicação por etanol ou etileno glicol.
36. Paciente de 25 anos é vítima de traumatismo crânio-encefálico (TCE) em acidente automobilístico. Na chegada está de olhos fechados, mas abre aos estímulos dolorosos, emite sons, e localiza dor aos estímulos dolorosos. De acordo com o cálculo da Escala de Glasgow classifique a gravidade do TCE e defina qual seu score?
- TCE Grave GCS: 9.
  - TCE Moderado GCS: 9.
  - TCE Moderado GCS: 8.
  - TCE Grave GCS: 8.
  - TCE Moderado GCS: 10.
37. Com relação ao manejo de paciente com fibrilação atrial, qual a alternativa **correta**?
- Diltiazem e verapamil são drogas de primeira linha com a finalidade de controlar frequência cardíaca nesses pacientes.
  - Procainamida é contra-indicada para cardioversão aguda em pacientes jovens
  - Cardioversão elétrica sincronizada deve ser iniciada com 30 joules em desfibrilador monofásico.
  - Cardioversão elétrica é o método mais eficaz para restaurar para ritmo sinusal na presença de hipotensão ou dispneia importante.
  - O uso de amiodarona não apresenta riscos quando utilizado de forma aguda.
38. Assinale, dentre as alternativas abaixo, aquela que não representa – alternativa aceitável ao uso de glicose EV no tratamento de hipoglicemia severa sintomática no paciente diabético.
- Glicose 50% via retal.
  - Glucagon – subcutâneo.
  - Glicose 50% via sonda nasogástrica.
  - ACTH venoso.
  - Nenhuma das alternativas está correta.
39. Uma mulher de 60 anos, diabética, hipertensa grave de longa data, portadora de angina estável, procura o pronto-socorro com náusea e intensa dor precordial, com irradiação para o braço esquerdo há 1 hora. Ela afirma que costuma ter dor semelhante, de menor intensidade, provocada por esforços físicos, que cede com o uso de nitrato sublingual e repouso, em 15 a 20 minutos. Estava repousando após o almoço, quando se iniciou a dor atual. Está calma, pálida, hemodinamicamente estável, pulso rítmico, com ausculta cardíaca e pulmonar normais. O eletrocardiograma mostra:



O hospital não dispõe de Serviço de Hemodinâmica e não há vaga na unidade de tratamento intensivo. O diagnóstico mais provável e as medidas que devem ser implementadas na sala de emergência, após acesso venoso, repouso e monitorização cardíaca e de pressão, são:

- a) Angina instável; iniciar analgesia com morfina ou nitroglicerina, aspirina, clopidogrel e betabloqueador e anticoagulação profilática com heparina de baixo peso molecular.
  - b) Angina prolongada em paciente já portadora de insuficiência coronária crônica; iniciar analgesia com nitroglicerina, oxigênio por cateter, aspirina e betabloqueador.
  - c) Angina instável ou infarto agudo do miocárdio sem elevação de ST; iniciar analgesia com morfina ou nitroglicerina, oxigênio por cateter, aspirina, clopidogrel e betabloqueador e anticoagulação plena com heparina; iniciar coleta seriada de enzimas cardíacas.
  - d) Angina instável ou infarto agudo do miocárdio sem elevação de ST; iniciar analgesia com morfina, oxigênio por cateter e fibrinólise, com estreptoquinase ou alteplase, seguida de aspirina e betabloqueador e anticoagulação plena com heparina; iniciar coleta de enzimas somente depois de 2 horas do início dos sintomas.
  - e) Infarto agudo do miocárdio com elevação de ST; iniciar fibrinólise com estreptoquinase ou alteplase, analgesia com nitroglicerina, betabloqueador e anticoagulação plena com heparina; iniciar coleta seriada de enzimas cardíacas.
- 40.** Os contrastes iodados são amplamente utilizados em diversos procedimentos radiológicos, como angiografias, urografias e tomografias computadorizadas. Esses contrastes podem causar insuficiência renal aguda (IRA). A esse respeito, é **correto** afirmar que:
- a) entre as medidas ativas de prevenção da nefropatia por contraste, as mais consistentemente efetivas, do ponto de vista clínico, são a expansão do volume extracelular e o uso de diurético de alça.
  - b) a lesão manifesta-se por elevação da creatinina sérica 24 horas após a injeção do contraste, com volta aos valores normais após 15 dias da exposição.
  - c) o quadro clínico da nefropatia por contraste varia de alterações leves da função renal à IRA dependente de diálise. No meio hospitalar, o contraste é responsável por 10 a 15% dos casos de IRA.
  - d) em pacientes diabéticos sem insuficiência renal, a incidência de nefropatia por contraste é de 40%.
  - e) todas as alternativas acima estão erradas.
- 41.** Paciente jovem, 23 anos, politraumatizado, deu entrada no serviço de emergência com quadro de desorientação, hipotérmico, sudorese fria. PA 120x60 mmHg, FC 115bpm. Pulso filiforme. Exames iniciais: Ureia: 40; Creatinina 0,9 mg/dl;  $K^+$  4,8;  $Na^+$  140mEq/l, EAS normal, CPK normal, gasometria pH 7,35  $HCO_3^-$  18 BE – 4. Após 24h da admissão paciente evolui com rebaixamento da consciência, creatinina 2,0mg/dl, uréia 120. Diurese concentrada e reduzida apesar da volemia está otimizada. EAS traços hemoglobina. A principal hipótese diagnóstica para a etiologia da IRA nesse paciente é:
- a) IRA Renal.
  - b) Necrose tubular aguda.
  - c) IRA por rabdomiólise.
  - d) Nefrite Intersticial Aguda.
  - e) Nenhuma das alternativas acima.
- 42.** Quais das seguintes alternativas representa a opção **correta** considerando um caso de infarto agudo do miocárdio de ventrículo direito.
- a) É mais visto quando se detecta infarto anterior.
  - b) Insuficiência cardíaca congestiva (ICC) secundária com edema agudo de pulmão é comum.

- c) Terapia inotrópica tem pouco valor nesses casos.
  - d) O uso de beta-bloqueadores e nitratos são recomendados.
  - e) Em geral esses pacientes requerem reposição volêmica cuidadosa.
- 43.** Quais das seguintes condições é associada com a mudança da curva de dissociação de oxigênio-hemoglobina resultando em aumento da afinidade da hemoglobina pelo oxigênio?
- a) Hipercapnia.
  - b) Altas altitudes.
  - c) Hipertermia.
  - d) Aumento 2,3 difosfoglicrato (2,3 dpG).
  - e) Hipocapnia.
- 44.** Quais das seguintes situações abaixo é considerada contra-indicação absoluta ao uso de trombolítico?
- a) Plaquetas < 150.000.
  - b) Uso de Coumadínicos e INR > 2,5.
  - c) História de AVE isquêmico no passado.
  - d) Cirurgia cardíaca 1 ano antes.
  - e) Gravidez.
- 45.** No tratamento da tempestade tireoidiana ou crise tireotóxica, a seguinte sequência deve ser seguida:
- a) Uso de iodo pelo menos uma hora após o uso do propiltiouracil.
  - b) Uso de propranolol pelo menos uma hora após uso de propiltiouracil.
  - c) Uso de iodo pelo menos uma hora após uso de propranolol.
  - d) Uso de propiltiouracil pelo menos uma hora após o uso de iodo.
  - e) Uso de iodo somente após tireoidectomia.
- 46.** Homem de 85 anos foi internado há três dias para realização de ressecção transuretral da próstata. Na madrugada que antecede a cirurgia apresenta sono agitado, alterações de consciência, desorientação em tempo e espaço e agressividade. A família informou que o paciente é lúcido e independente para as atividades do dia-a-dia. Qual a hipótese diagnóstica e a terapia adequada?
- a) Doença de Alzheimer, inibidor da colinesterase.
  - b) Hipercalcemia, hidratação e benzodiazepínico de longa duração.
  - c) Acidente vascular cerebral, benzodiazepínico de curta duração.
  - d) Delirium, neuroléptico da classe das butirofenonas.
  - e) Nenhuma das alternativas acima
- 47.** Em um paciente com carcinoma brônquico apresentando hipercalcemia (Ca sérico = 16,3mg/dL), qual a primeira conduta a ser realizada?
- a) Restrição de cálcio alimentar.
  - b) Calcitonina subcutânea.
  - c) Hidratação com solução fisiológica 0,9% e furosemida endovenosa.
  - d) Bifosfonato endovenoso.
  - e) Hidratação com solução fisiológica 0,9% endovenosa.

48. Com relação ao paciente vítima de trauma torácico é **correto** afirmar:
- a) A tríade de Beck sugere a presença de tamponamento cardíaco e caracteriza-se pela presença de abafamento das bulhas, turgência jugular e ausculta pulmonar limpa.
  - b) A presença de contusão pulmonar pode levar a hipóxia grave e se agrava por volta do terceiro dia sendo responsável por quadros de SARA.
  - c) A presença de contusão cardíaca deve ser sempre suspeita nos casos de arritmias e pode ser confirmada com a realização de ecocardiografia.
  - d) Fraturas múltiplas de costelas podem levar a um quadro de tórax instável sendo indicado nesses casos drenagem torácica bilateral para prevenir pneumotórax.
  - e) Dissecção aórtica traumática é uma possibilidade como causa de choque nesses pacientes.
49. Paciente proveniente do sertão de Pernambuco, picado por animal ao colher cana de açúcar, atendido após 8 horas. Queixa-se de diplopia, certa dificuldade para abrir os olhos, sensação de entalo e mialgia discreta, oligúria com urina cor de chá mate. No local da picada vê-se dois pequenos orifícios, sem dor ou flogísticos significativos. Provável agente agressor:
- a) Serpente do gênero Lachesis.
  - b) Serpente do gênero Bothrops.
  - c) Serpente do gênero Elapídea.
  - d) Serpente do gênero Crotalus.
  - e) Impossível distinguir entre Elapídea e Crotalus.
50. Assinale, dentre as alternativas abaixo, a afirmativa **verdadeira** em relação às emergências hiperglicêmicas.
- a) O estado hiperosmolar não-cetótico apresenta menor mortalidade que a cetoacidose diabética, pela ausência de acidose.
  - b) O estado hiperosmolar, em geral, apresenta-se com graus bem mais acentuados de desidratação e hiperglicemias mais elevadas.
  - c) Anion Gap normal é uma característica laboratorial da cetoacidose diabética, como consequência da acidose extrema.
  - d) A reposição de bicarbonato deve ser realizada tão logo confirme-se o estado de acidose.
  - e) Nenhuma das alternativas está correta.