



PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIAS MÉDICAS



Universidade
Estadual do Piauí

PROVA ESCRITA OBJETIVA – TIPO 4

RESIDÊNCIAS MÉDICAS: **MEDICINA INTENSIVA**

DATA: 20/01/2018 – HORÁRIO: 14 às 16 horas (horário do Piauí)

LEIA AS INSTRUÇÕES:

01. Você deve receber do fiscal o material abaixo:
 - a) Este caderno com 50 questões objetivas sem falha ou repetição.
 - b) 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 rascunhos.
02. Verifique se este material está completo e se seus dados pessoais conferem com aqueles constantes do CARTÃO-RESPOSTA.
03. 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.
04. 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.
05. 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.
06. Tenha muito cuidado com o CARTÃO-RESPOSTA, para não dobrar, amassar ou manchar, pois este é personalizado e em hipótese alguma poderá ser substituído.
07. Para cada uma das questões são apresentadas cinco alternativas classificadas com as letras (A), (B), (C), (D) e (E); assinale apenas uma alternativa para cada questão, pois 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.
08. As questões são identificadas pelo número que fica à esquerda de seu enunciado.
09. 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.
10. 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.
11. 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.
12. O tempo de duração para esta prova é de **2 (duas) horas**.
13. Por motivos de segurança, você somente poderá ausentar-se da sala de prova depois de **1h30min.** do início de sua prova.
14. 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		26	
02		27	
03		28	
04		29	
05		30	
06		31	
07		32	
08		33	
09		34	
10		35	
11		36	
12		37	
13		38	
14		39	
15		40	
16		41	
17		42	
18		43	
19		44	
20		45	
21		46	
22		47	
23		48	
24		49	
25		50	

NÚCLEO DE CONCURSOS E PROMOÇÃO DE EVENTOS – NUCEPE
 FOLHA DE ANOTAÇÃO DO GABARITO - ATENÇÃO: Esta parte somente deverá ser destacada pelo fiscal da sala, após o término da prova.
 PROCESSO SELETIVO - RESIDÊNCIA MÉDICA – MEDICINA INTENSIVA

Nº DE INSCRIÇÃO						



PROVA GERAL

- 01.** Paciente, sexo feminino, 35 anos, era passageira de um carro que se envolveu em um acidente com capotamento. Quando ela chegou à emergência, a Escala de Coma de Glasgow era 5 (AO: 01, RV: 01, RM: 3) e ela foi intubada. Estava hipotensa com uma PA sistólica de 80mmHg, não responsiva a fluidos. O ultrassom FAST mostrou líquido livre no abdome. Qual a alternativa reporta a melhor conduta a partir desse momento?
- Imediatamente colocar uma ventriculostomia.
 - Encaminhar o paciente para realizar TC de Crânio e abdome.
 - Levá-la imediatamente ao centro cirúrgico.
 - Admitir à UTI, iniciar bólus de fluidos e sangue.
 - Encaminhar a paciente para angiografia da aorta e embolização.
- 02.** Paciente, sexo masculino, 21 anos, apresentou acidente de bicicleta com subsequente hemorragia intracerebral e colocação de ventriculostomia. Ao final do dia a pressão intracraniana (PIC) aumentou para 35mmHg e foi administrado 100g de manitol. Na hora subsequente, sua pressão arterial caiu de 120/80 para 90/60mmHg. A causa mais provável da sua hipotensão é:
- Aumento da pressão intracerebral.
 - Novo sangramento intracraniano.
 - Choque medular.
 - Redução do volume intravascular.
 - Depressão miocárdica.
- 03.** Qual dos seguintes pacientes podem beneficiar-se de monitorização da pressão intracraniana:
- Sexo masculino, 24 anos que caiu de 3m de altura apresentando-se com Escala de Coma de Glasgow de 7, mas TC de crânio normal.
 - Sexo masculino, 28 anos, envolvido num acidente de moto com colisão em alta velocidade com Escala de Coma de Glasgow de 8 que estava recebendo propofol e tem um hematoma subdural à direita.
 - Sexo feminino, 19 anos, que caiu da escada e apresentou crise convulsiva, com Escala de Coma de Glasgow: 9 e uma pequena hemorragia subaracnóide.
 - Sexo masculino, 82 anos, queda da cama, confuso e não pode mover o lado esquerdo.
 - Sexo masculino, 17 anos com um hematoma epidural na TC de crânio e Escala de Coma de Glasgow: 15.
- 04.** Paciente 55 anos, hipertenso controlado com hidroclorotiazida e metoprolol. Qual é sua Classificação ASA?
- I.
 - II.
 - III.
 - IV.
 - V.
- 05.** Paciente, 68 anos, com história de diabetes insulino dependente e angina estável com uso crônico de corticosteróide por artrite reumatoide, além de divertículos colônicos. Ela submeteu-se a uma colostomia de emergência por diverticulite perfurada com peritonite fecal. Está internada na UTI recebendo antimicrobianos de amplo espectro. No segundo dia de pós operatório, ela torna-se febril 39,2C, confusa e letárgica. Frequência cardíaca: 110bpm e pressão arterial: 79/58mmHg. Ela permanece hipotensa, a despeito da ressuscitação volêmica e do uso de vasopressores. Testes laboratoriais revelam glicose: 46mg/dl. Qual é a mais provável causa do quadro clínico dessa paciente:
- Infarto do miocárdio.
 - Cetoacidose diabética.
 - Hipovolemia.
 - Insuficiência adrenal.
 - Sepse.



- 06.** Paciente, sexo masculino, 54 anos, admitido na UTI de queimados com confusão mental e redução do nível de consciência, juntamente com várias queimaduras de terceiro grau através do corpo ocorridas durante um incêndio industrial. O paciente foi intubado para proteção de via aérea, após observação, fuligem na faringe posterior e edema via aérea foram notados na admissão. Toxicidade por cianeto é suspeita. Qual o melhor método de tratamento para a toxicidade por cianeto nesse paciente:
- Infusão de Bicarbonato de sódio deve ser iniciada para uma pH de 7,45-7,55.
 - Nitrito sódico intravenoso deve ser administrado.
 - Hidroxocobalamina deve ser administrada via intravenosa.
 - Metemoglobinemia deve ser a meta do tratamento.
 - Nitroprussiato deve ser administrado.
- 07.** Paciente, sexo feminino, 40 anos, com diabetes mellitus foi admitida na emergência por insuficiência renal aguda com creatinina 3,2mg/dl. A paciente tinha sido prescrita com um agente sulfonilureia. Ela foi encontrada com hipoglicemia persistente (glicose inicialmente percebida 30mg/dl). Qual das seguintes terapias é o tratamento de primeira linha:
- Infusão de glicose intravenosa com monitorização da glicemia.
 - Fomepizol deve ser iniciado imediatamente.
 - Octreotide intravenoso deve ser administrado imediatamente.
 - Infusão de bicarbonato de sódio deve ser iniciada para um pH: 7,5-8,0.
 - Administrar cloreto de cálcio.
- 08.** São características da Insuficiência respiratória aguda tipo I (Hipoxêmica):
- Hipercapnia, acidose respiratória e diferença alvéolo-arterial de O₂ normal.
 - Hipoxemia, acidose respiratória e diferença alvéolo-arterial de O₂ elevada.
 - Hipercapnia, acidose respiratória e diferença alvéolo-arterial de O₂ elevada.
 - Hipoxemia, baixa relação ventilação/perfusão e diferença alvéolo-arterial de O₂ normal.
 - Hipoxemia, baixa relação ventilação/perfusão e diferença alvéolo-arterial de O₂ elevada.
- 09.** Pneumonia adquirida na comunidade (PAC) grave tem alta mortalidade e deve ser tratada em unidade de terapia intensiva (UTI). São critérios de PAC grave:
- Choque séptico, hipercapnia e comprometimento multilobar.
 - Necessidade de ventilação mecânica, PaO₂/FiO₂ < 250 e leucocitose.
 - Choque séptico, PaO₂/FiO₂ < 250 e hipercapnia.
 - Comprometimento multi lobar, Choque séptico e PaO₂/FiO₂ < 250.
 - Necessidade de ventilação mecânica, Choque séptico e leucocitose.
- 10.** Paciente do sexo masculino, 14 anos de idade, portador de Asma chega ao pronto socorro com queixa de tosse seca, dispneia e sibilância, de início há 5 horas. Ao exame apresenta-se consciente, afebril, taquidispnêico (FR 27 irpm), taquicárdico (FC 110 bpm), saturação de O₂ 90%. AR com sibilos difusos. Qual a conduta inicial?
- Aminofilina EV + O₂ nasal.
 - Beta dois agonista inalatório de curta ação (3 doses com intervalo de 15 minutos) + O₂ nasal.
 - Beta dois agonista inalatório de curta ação (3 doses com intervalo de 15 minutos) + Hidrocortisona EV.
 - Hidrocortisona EV + Aminofilina EV.
 - Anti colinérgico inalatório de curta ação + O₂ nasal.
- 11.** Em relação ao *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA), assinale a alternativa **CORRETA**:
- Podem ser tratados com ceftriaxona.
 - São resistentes à oxacilina.
 - Imipenem e meropenem são opções terapêuticas.
 - Respondem bem à penicilina G.
 - Devem ser tratados com oxacilina.



12. Assinale a alternativa em que TODOS OS ANTIBACTERIANOS SÃO EFICAZES para o tratamento de infecções por *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA):
- Vancomicina, teicoplanina, ciprofloxacina.
 - Linezolida, ampicilina-sulbactam, clindamicina.
 - Doxiciclina, daptomicina, sulfametoxazol-trimetoprim.
 - Linezolida, teicoplanina, azitromicina.
 - Teicoplanina, cefadroxila, doxiciclina.
13. Assinale a alternativa em que TODOS OS ANTIBACTERIANOS SÃO POTENCIALMENTE ATIVOS para *Pseudomonas aeruginosa*:
- Ciprofloxacina e ceftriaxona.
 - Amicacina e amoxicilina-clavulanato.
 - Piperacilina-tazobactam e vancomicina.
 - Cefepime e ceftazidima.
 - Meropenem e linezolida.
14. Qual dos esquemas abaixo NÃO OFERECE COBERTURA contra cocos gram-positivos, bacilos gram-negativos e anaeróbios, simultaneamente?
- Aztreonam + metronidazol.
 - Ampicilina-sulbactam.
 - Imipenem.
 - Cefepime + metronidazol.
 - Levofloxacina + metronidazol.
15. Um paciente de 70 anos, com pneumonia comunitária, orientado, ureia = 65mg/dL, frequência respiratória de 35 irpm, SpO₂ = 96% sem oxigênio suplementar e normotenso deve ser tratado segundo qual alternativa abaixo?
- Deve ser observado por algumas horas na urgência e receber prescrição de ceftriaxona + azitromicina.
 - Deve ser internado na UTI e receber ceftazidima + azitromicina.
 - Deve receber internação hospitalar e iniciar levofloxacina.
 - Tratamento ambulatorial com amoxicilina em dose alta.
 - Internação hospitalar com antibioticoterapia empírica com cefepime + vancomicina.
16. Em qual das opções abaixo o paciente tem choque séptico, segundo a definição SEPSIS-3?
- Fasciíte necrotizante, pressão arterial média (PAM) = 58 mmHg, sob uso de noradrenalina, com lactato = 1,8mmol/L, após reanimação volêmica adequada.
 - Peritonite, PAM = 100 mmHg, sob uso de noradrenalina, com lactato = 2,5mmol/L, após reanimação volêmica adequada.
 - Erisipela, PAM = 65 mmHg, sem droga vasoativa, com lactato = 1,8mmol/L, após reanimação volêmica adequada.
 - Pneumonia, PAM = 58 mmHg, sob uso de noradrenalina, com lactato = 2,5mmol/L, após reanimação volêmica adequada.
 - Infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter venoso central, PAM = 58 mmHg, sem droga vasoativa, após reanimação volêmica adequada.
17. Em um paciente com meningite comunitária, baseando-se no achado da baciloscopia do líquido cefalorraquidiano, qual a opção terapêutica **CORRETA**?
- Diplococos Gram-positivos, penicilina G.
 - Diplococos Gram-negativos, vancomicina.
 - Cocos Gram-positivos em cadeia, ceftazidima.
 - Cocobacilos Gram-negativos, ceftriaxona.
 - Bacilos Gram-negativos, ampicilina.

18. Em relação à fasciíte necrotizante, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) Só deve ser suspeitada em indivíduos com outras comorbidades, como diabetes, uso prolongado de corticoides e procedimentos cirúrgicos prévios.
- b) Alguns casos podem ser tratados com penicilina G e clindamicina.
- c) Uma celulite com pele sem bolhas e/ou equimoses afasta o diagnóstico de fasciíte necrotizante.
- d) Os melhores resultados são obtidos quando se posterga a abordagem cirúrgica até cerca de 5 dias de antibioticoterapia.
- e) Evitar incisões cirúrgicas na área suspeita de fasciíte necrotizante devido ao risco de disseminação hematogênica da infecção.

19. Com relação ao manejo em paciente com parada cardiorrespiratória (PCR) é **CORRETO** afirmar que:

- a) Todo paciente em PCR deve ser reanimado.
- b) Legalmente o médico só pode ser autorizado a não reanimar um paciente em PCR, se autorizado por seu representante legal.
- c) As tentativas de reanimação devem durar no mínimo 30 minutos, antes que decisão de cessar esforços sejam tomadas.
- d) Capnografia com baixo teor de pCO₂, após 20 minutos de medidas de reanimação, sugerem baixa chance de sucesso das medidas.
- e) Pacientes com morte encefálica, doadores ou não de órgãos, não devem ser reanimados em nenhuma circunstância.

20. Com relação à resolução do Conselho Federal de Medicina publicada em 2017 e referente à sequência de prioridade para ocupação de leitos de UTI, escolha a alternativa **CORRETA**:

- I. Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.
- II. Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.
- III. Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica.
- IV. Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limitação de intervenção terapêutica.
- V. Pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. Em geral, esses pacientes não são apropriados para admissão na UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos). No entanto, seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista.

- a) As alternativas I, II, III, IV, V são verdadeiras e representam a sequência de prioridades a serem seguidas.
- b) As alternativas I, II, III, IV são verdadeiras e representam a sequência de prioridades a serem seguidas e a alternativa V é falsa.
- c) As alternativas I, II, III são verdadeiras e representam a sequência de prioridades a serem seguidas e as alternativas IV e V são falsas.
- d) As alternativas I, II são verdadeiras e representam a sequência de prioridades a serem seguidas e as alternativas III, IV e V são falsas.
- e) A decisão de admissão para UTI deve ser individualizada e decidida pelo médico assistente do paciente.

21. Qual das situações abaixo exige intubação orotraqueal?

- a) Choque.
- b) Fibrilação atrial evoluindo com alta resposta ventricular e hipotensão.
- c) Coma com escala de Glasgow igual ou menor que 10.
- d) Pneumonia com saturação de oxigênio igual ou inferior a 90%.
- e) Edema agudo de pulmão hipertensivo.



22. Com relação a trombofilaxia, é **CORRETO** afirmar que:

- I. A maior parte dos pacientes em UTI é considerada de alto risco para trombose e deveria receber profilaxia química e mecânica.
 - II. Pacientes em uso de AAS e outros antiplaquetários não necessitam de trombofilaxia com heparina.
 - III. Deve ser evitada em pacientes com acidente vascular encefálico hemorrágico nas primeiras 72 horas.
- a) Assertivas I, II e III estão corretas.
 - b) Assertivas I e II estão corretas.
 - c) Apenas assertiva I está correta.
 - d) Apenas assertiva II está correta.
 - e) Assertivas I, II e III estão incorretas.

23. Com relação ao uso de ventilação não invasiva, assinale alternativa **CORRETA**:

- a) É excelente alternativa em pacientes com edema agudo de pulmão hipertensivo.
- b) Deve ser evitada em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).
- c) Deve ser evitada em pacientes com qualquer grau de hipoxemia.
- d) É excelente alternativa em politraumatizados de face.
- e) É excelente alternativa em pacientes com choque.

24. Com relação a pacientes com hemorragia digestiva alta é **CORRETO** afirmar que:

- a) Caso o paciente esteja hemodinamicamente estável pode ser admitido para o apartamento.
- b) Todo paciente com hemorragia digestiva que chega ao pronto socorro deve ser monitorizado na UTI pelo menos até realização de endoscopia diagnóstica.
- c) Caso o paciente apresente apenas melena e sem episódios de hematêmese, a endoscopia não está indicada de forma emergencial.
- d) A endoscopia diagnóstica e terapêutica deve ser feita o quanto antes e, caso o paciente esteja instável, deve ser intubado antes do exame.
- e) Distúrbios de coagulação só devem ser corrigidos após a endoscopia.

25. Com relação ao uso de drogas vasoativas, é **CORRETO** afirmar que:

- I. A dopamina só é primeira escolha atualmente em casos de hipotensão severa acompanhada de bradicardia.
 - II. A adrenalina é o vasopressor de escolha na anafilaxia.
 - III. A noradrenalina é o vasopressor de escolha na grande maioria dos quadros de choque.
- a) Assertivas I, II e III estão corretas.
 - b) Assertivas I e III estão corretas.
 - c) Apenas assertiva I e II estão corretas.
 - d) Apenas assertiva II e III estão corretas.
 - e) Assertivas I, II e III estão incorretas.

26. Com relação aos exames indicados a pacientes com suspeita de emergência hipertensiva no pronto socorro, é **CORRETO** afirmar que:

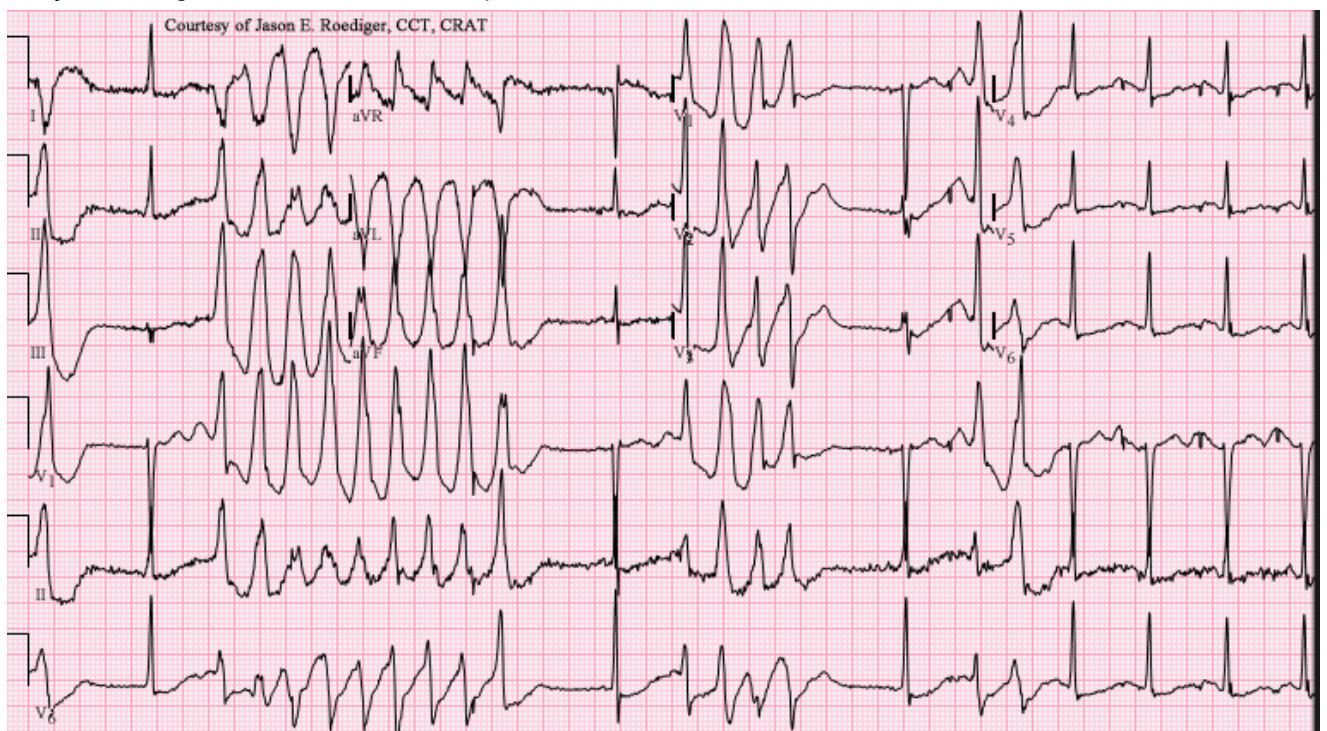
- a) Deve-se solicitar bHCG em mulheres em idade fértil.
- b) Deve-se avaliar dosagem de DHL, pesquisar esquizócitos sangue e presença de cilindros na urina.
- c) Deve-se solicitar provas de coagulação.
- d) Deve-se solicitar rotineiramente enzimas cardíacas.
- e) Deve-se solicitar tomografia de crânio sempre que houver cefaleia.



27. Com relação à reposição volêmica e uso de drogas vasoativas em pacientes com quadro de choque, é **CORRETO** afirmar que:

- a) Drogas vasoativas só devem ser iniciadas após a otimização da volemia para não agravar a hipoperfusão a nível de microcirculação.
- b) Drogas vasoativas devem ser iniciadas de forma concomitante com a ressuscitação volêmica, se necessário, para que nível de pressão arterial média compatível com a vida seja alcançada mais rapidamente.
- c) Ressuscitação volêmica com fluidos em bolus só deve ser administrada nas primeiras 6 horas, pois após esse período, esta associada a aumento da mortalidade.
- d) Albumina deve ser o fluido de escolha na ressuscitação de pacientes com anasarca e hipoalbuminemia.
- e) Albumina deve ser o fluido de escolha na ressuscitação de pacientes queimados.

28. Você atende paciente na enfermaria que está se queixando de desconforto torácico e falta de ar. Sinais vitais revelam pressão arterial 110/70mmHg. Ausculta pulmonar limpa e traçado eletrocardiográfico abaixo. Com relação ao diagnóstico e conduta desse paciente, assinale a alternativa **CORRETA**.



- a) Taquicardia ventricular monomórfica não sustentada. Cardioversão sincronizada.
- b) Taquicardia ventricular monomórfica não sustentada. Amiodarona EV.
- c) Fibrilação ventricular intermitente. Amiodarona EV.
- d) Taquicardia ventricular polimórfica. Sulfato de Magnésio EV.
- e) Torsades de pointe. Desfibrilação imediata, pois está com sinais de instabilidade.

29. Qual diagnóstico do paciente com traçado eletrocardiográfico abaixo?



- Infarto anterior extenso com acometimento das paredes anterior e lateral, refletindo provável acometimento da artéria descendente anterior ou tronco da coronária esquerda.
 - Infarto de parede anterior com supradesnivelamento da parede anterior refletindo provável acometimento da artéria coronária direita.
 - Infarto da parede inferior e lateral refletindo provável acometimento da artéria coronária direita.
 - Alterações de ST e onda T sugerem hipercalemia grave.
 - Supradesnivelamento na maior parte das derivações sugerindo quadro de pericardite.
30. Você é chamado para atender a paciente de 25 anos trazido por amigos com relato de que teve mal súbito seguido de crise convulsiva. Paciente chega fazendo nova crise convulsiva. Após administrar 2 ampolas de Diazepam, o paciente para de convulsionar, mas permanece com rebaixamento dos níveis de consciência e após 10 minutos apresenta nova convulsão. Qual alternativa descreve o diagnóstico e melhor conduta?
- Provável ruptura aneurisma. Tomografar e, se confirmar hemorragia subaracnóide, arteriografar e chamar neurocirurgião.
 - Provável traumatismo craniano. Instalar oxigenioterapia e tomografar imediatamente.
 - Provável intoxicação exógena. Fazer dose de glicose, Thiamina, Naloxona. Solicitar exame toxicológico. Se não acordar após as primeiras medicações, tomografar.
 - Provável abstinência alcoólica. Fazer outra dose de benzodiazepínico, administrar glicose, thiamina e observar. Se não acordar ou repetir a convulsão, tomografar.
 - Provável estado de mal epiléptico. Fazer outra dose de benzodiazepínico, intubar, hidantalizar, tomografar crânio e manter sedado. Solicitar bioquímica, eletrólitos e exame toxicológico.
31. Você é chamado para intubar um paciente na enfermaria. O paciente apresenta saturação de oxigênio 94% com máscara de reservatório de oxigênio com alto fluxo, pressão arterial 110/70mmHg. Após sedação com etomidato, o paciente ainda respira espontaneamente e mantém boa saturação com ventilação ambu/máscara, mas você não visualiza as cordas vocais. Qual conduta mais adequada a partir desse momento?
- Aprofundar sedação para suprimir respiração e tentar visualizar novamente.
 - Colocar combitube.
 - Fazer bloqueio neuro-muscular e tentar novamente.
 - Acionar cirurgia para via aérea cirúrgica de emergência com cricostomia.
 - Continuar usando o ambú-máscara até o paciente superficializar da sedação e tentar novamente com broncoscopia disponível.

- 32.** Qual dos cenários clínicos abaixo descritos representa contraindicação absoluta para uso de terapia trombolítica para infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de segmento ST?
- Úlcera péptica com hemorragia digestiva alta há 4 meses atrás.
 - Acidente vascular encefálico hemorrágico prévio.
 - Uso de anticoagulantes orais ou antiagregantes plaquetários.
- Todas as alternativas.
 - Somente alternativa II.
 - Somente alternativas III.
 - Somente alternativas II e III.
 - Nenhuma das alternativas.
- 33.** Paciente em pós-operatório de artroplastia de ombro há 1 semana evolui com síndrome coronária com supra desnivelamento de ST de 4 mm de V2 a V6. Permanece hemodinamicamente estável e dor cede com nitrato e beta-bloqueador. Assinale a alternativa **CORRETA** com relação à conduta terapêutica nesse caso.
- Deve-se evitar anticoagulação plena, lançando mão apenas de antiagregação plaquetária e trombopprofilaxia. Tratamento conservador é o mais indicado.
 - Deve-se evitar heparina, clopidogrel e inibidores da glicoproteína IIb/IIIa neste paciente pelo aumento do risco de hemorragia associada à sua recente cirurgia.
 - A intervenção coronária percutânea (ICP) é a técnica de reperfusão preferida e deve ser realizada o mais rápido possível, nesse caso.
 - Reperusão com trombolíticos ou por intervenção coronária percutânea tem mesmo índice de sucesso e frequência de complicação, nesses casos.
 - Tratamento conservador é suficiente e o mais seguro nessa situação.
- 34.** Em relação as manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP) durante a parada cardio-respiratória (PCR) assinale a alternativa **CORRETA**:
- A interrupção na massagem cardíaca não deve ultrapassar 20 segundos.
 - Atropina está indicada somente quando a causa da PCR for bloqueio átrio ventricular total.
 - Intubação deve ser postergada até retorno do pulso do paciente.
 - Hiperventilação durante as manobras de RCP podem reduzir o retorno venoso e contribuir para baixo débito cardíaco.
 - Indução de hipotermia para temperatura entre 32 e 33°C está recomendado para pacientes que não recobrem a consciência após 24 horas de retorno do pulso pós PCR.
- 35.** Com relação ao uso de hemoderivados, assinale a alternativa **CORRETA**:
- Deve-se manter níveis de hemoglobina igual ou superior a 10mg/dl em gestantes e pacientes coronariopatas.
 - A transfusão de plasma pode levar a quadro de hipervolemia e edema agudo de pulmão. O uso de complexos protombínicos em pacientes euvolêmicos pode evitar tal complicação.
 - A transfusão de plaquetas colhidas por aférese pode aumentar o índice de complicações autoimunes.
 - A transfusão de plaquetas carrega menor índice de complicações autoimunes e infecciosas e não precisa ser tipo-específico.
 - Em hemorragias maciças, a recomendação atual é a de que se transfunda simultaneamente plasma e concentrado de hemácias, evitando a transfusão de plaquetas.
- 36.** Com relação a distúrbios do sódio é **CORRETO** afirmar que:
- Hiponatremia é comum em pacientes internados e decorre em geral de falta de oferta de água livre a estes pacientes.
 - Na correção dos distúrbios do sódio, casos crônicos devem ser corrigidos rapidamente evitando sequelas neurológicas.
 - Correção inadequada de quadros de hipernatremia podem levar à síndrome de mielinólise pontina que tem péssimo prognóstico neurológico.
 - Quadros de hipervolemia e hiponatremia com sintomas neurológicos demandam uso de solução hipertônica de forma rápida e agressiva.
 - Distúrbios do sódio refletem na verdade desequilíbrio hídrico e esses pacientes devem ter seu estado volêmico avaliado e corrigido.

- 37.** Com relação a quadros de pancreatite é **CORRETO** afirmar:
- Cirurgia precoce carrega melhor prognóstico.
 - Antibioticoprofilaxia deve ser iniciada nas primeiras 6 horas.
 - Tomografia de abdome com contraste é o exame de escolha e deve ser realizada na chegada do paciente na emergência.
 - A presença de derrame pleural e obesidade são sinais de mau prognóstico.
 - Antibioticoterapia pode ser feita com carbapenêmicos, aminoglicosídeos ou tigeciclina em casos graves.
- 38.** Um paciente é admitido na emergência por volta das 17 horas com quadro sugestivo de apendicite, apresenta-se toxêmico, com rebaixamento dos níveis de consciência, taquicárdico e com hipotensão arterial. O ultrassom mostra imagem sugestiva de grande abscesso em fossa ilíaca direita. Qual a conduta recomendada?
- Puncionar acesso venoso central, iniciar expansão volêmica agressiva, colher hemoculturas, iniciar antibioticoprofilaxia e encaminhar imediatamente para centro cirúrgico.
 - Admitir paciente para UTI, estabilizar o paciente, iniciar antibióticos e agendar cirurgia para a manhã seguinte.
 - Fazer a punção e drenagem do abscesso imediatamente na emergência.
 - Antes de tomar decisão da conduta deve-se realizar tomografia computadorizada porque podem existir complicações não reveladas pelo ultrassom.
 - Proceder com coleta de culturas, bioquímica, gasometria e lactato; iniciar antibioticoterapia, realizar expansão volêmica, intubar eletivamente e encaminhar para centro cirúrgico.
- 39.** Em relação ao controle da pressão arterial do paciente com acidente vascular cerebral (AVC), assinale a alternativa **CORRETA**:
- Devemos manter a pressão arterial sistólica (PAS) entre 140 - 160 mmHg para evitar transformação hemorrágica nos pacientes não submetidos a trombólise endovenosa.
 - Devemos iniciar tratamento, quando PAS estiver maior que 220 mmHg e diastólica maior que 120 mmHg em pacientes com AVC-I não candidatos a trombólise.
 - Nos pacientes com AVC isquêmico que irão ser submetidos a trombólise ou em pacientes com AVC hemorrágico a PAS deve ser mantida abaixo de 140 mmHg.
 - Esmolol está contraindicado para controle de emergência hipertensiva em pacientes neurocríticos pois está associado edema cerebral.
 - Pacientes com quadros de hemorragia subaracnóide e suspeita de ruptura de aneurisma devem ter seus níveis de pressão sistólica abaixo de 180 mmHg para evitar ressangramento, mas acima de 140 mmHg para evitar vasoespasmo.
- 40.** O exame neurológico nas neuroemergências pode ser utilizado como parte da avaliação do sistema nervoso central e periférico. Qual das assertivas abaixo está **CORRETA**.
- A presença de hipotensão, bradicardia e irregularidade respiratória é conhecido como tríade de Cushing e indica aumento pressão intracraniana.
 - A presença de edema do nervo óptico (papiledema), é uma manifestação de pressão intracraniana elevada principalmente nas primeiras 48 horas do traumatismo craniocéfálico grave.
 - As mudanças no padrão de respiração do paciente pode ajudar a localizar o nível da lesão.
 - A anisocoria que surge na fase aguda de um traumatismo craniocéfálico grave pode representar uma síndrome de herniação das tonsilas.
 - Com o advento da tomografia computadorizada da cabeça, o exame neurológico na fase aguda do atendimento emergencial fica restrito a resposta ocular, resposta verbal e resposta motora.

- 41.** Na paciente gestante que desenvolve tromboembolia pulmonar, assinale a opção **CORRETA**:
- a) Heparina de baixo peso molecular é a opção de escolha para embolia pulmonar maciça durante a gestação.
 - b) Heparina não fracionada pode ser usada de forma segura, se a paciente gestante estiver estabilizada, mas não é a opção de escolha.
 - c) Gestação é uma contraindicação apenas relativa para o uso de trombolítico na embolia ameaçadora da vida, podendo ser usada com segurança nessa situação. Estreptoquinase é uma das drogas recomendadas.
 - d) Gestação é uma contraindicação absoluta para o uso de trombolítico, mesmo na embolia ameaçadora da vida. Heparinização plena com heparina não-fracionada é a opção recomendada.
 - e) Gestação é uma contraindicação apenas relativa para o uso de trombolítico na embolia, r-TPA é a única opção aprovada nessa situação, devendo ser usado na metade da dose usual, seguido de heparinização plena com heparina de baixo peso molecular.
- 42.** Paciente de 71 anos, hipertenso leve, foi admitido por choque séptico de foco pulmonar há 30 horas. Monitorizado com cateter venoso central e linha arterial invasiva. Ritmo cardíaco irregular (fibrilação atrial), noradrenalina 0,27mcg/kg/min e dobutamina 7,5mcg/kg/min. Ventilação mecânica controlada. Em relação ao método para avaliar fluido de responsividade, neste cenário clínico, assinale a **CORRETA**:
- a) A linha arterial invasiva permite o cálculo da variação da pressão de pulso e o seu ponto de corte é de cerca de 13%.
 - b) A instalação de um monitor de débito cardíaco baseado na análise da onda de pulso permite o uso da variação do volume sistólico com ponto de corte de cerca de 12%.
 - c) O índice de variação da pletismografia com ponto de corte em torno de 12% poderá ser utilizado, porém pode sofrer interferência em situações de vasoconstrição severa.
 - d) A utilização do ecocardiograma transesofágico demonstra superioridade, neste cenário, clínico e a responsividade a fluidos seria avaliada pela distensibilidade da veia cava inferior.
 - e) O levantamento passivo das pernas sugere responsividade a fluidos quando há um aumento em torno de 10% da VTI (integral velocidade-tempo) da via de saída do ventrículo esquerdo pela ecocardiografia.
- 43.** Um paciente com pneumonia, pesando 120kg, é admitido à UTI com insuficiência respiratória e prontamente intubado. O modo ventilatório escolhido inicialmente é assistido-controlado a volume. Assinale a alternativa **CORRETA**:
- a) O volume corrente recomendado para este paciente é 720ml.
 - b) Se a frequência respiratória selecionada for 12 incursões por minuto e o tempo inspiratório for 1 segundo, a relação entre a inspiração e a expiração será de 1:4.
 - c) Neste modo ventilatório a ciclagem é feita a tempo.
 - d) Se o fluxo inspiratório for aumentado ou diminuído, a relação entre a inspiração e a expiração permanece a mesma.
 - e) PEEP acima de 5 cmH₂O deve ser evitada neste paciente, a fim de prevenir barotrauma.
- 44.** “Neste momento a válvula inspiratória se abre e a mistura gasosa é impulsionada pelo circuito do ventilador até o paciente, iniciando um novo ciclo respiratório”. Esta descrição corresponde ao conceito de:
- a) Ciclagem.
 - b) Sensibilidade.
 - c) Tempo expiratório.
 - d) Modo controlado.
 - e) Disparo.
- 45.** Sobre a ventilação mecânica de pacientes com SARA, está **CORRETO**:
- a) O volume corrente selecionado deve ser de 3 a 6 ml/kg de peso predito.
 - b) O modo controlado a pressão é superior ao modo controlado a volume no que diz respeito à sobrevida.
 - c) A hipercapnia deve ser prontamente combatida, para evitar acidose respiratória.
 - d) Posição prona é contraindicada, pelo risco de provocar auto-PEEP.
 - e) A pressão de platô não tem influência sobre a mortalidade.

- 46.** Qual dos parâmetros a seguir não altera a pressão de pico das vias aéreas?
- Pressão inspiratória.
 - Volume corrente.
 - Fração inspirada de oxigênio.
 - PEEP.
 - Fluxo inspiratório.
- 47.** Sobre a terapia de substituição renal no paciente criticamente enfermo é **CORRETO** afirmar:
- A hemodiálise contínua por 24 a 72 horas está associada a redução na mortalidade.
 - A diálise peritoneal é um método contraindicado em terapia intensiva, sendo reservada para pacientes ambulatoriais.
 - Quanto mais precoce o início da terapia de substituição renal na IRA, maior a sobrevida e melhor o prognóstico da função renal.
 - A hemodiálise intermitente diária é capaz de controlar o hipermetabolismo e proporcionar controle volêmico no paciente crítico.
 - A hemodiafiltração contínua, além de todos os benefícios da hemodiálise, consegue remover mediadores inflamatórios, sendo a primeira escolha para casos de sepse e SARA.
- 48.** Sobre nefropatia induzida por contraste, marque a alternativa **CORRETA**:
- Alteração prévia da função renal e diabetes mellitus são fatores de risco para nefropatia induzida por contraste.
 - O estadiamento pela classificação de RIFLE ou AKIN prediz a necessidade de terapia de substituição renal, mas não se relaciona com a mortalidade.
 - O uso de acetilcisteína venosa associada à infusão de bicarbonato de sódio reduz a incidência de nefropatia por contraste, se realizados pelo menos 12 horas antes do exame.
 - O volume de contraste e a osmolaridade não se relacionam com a incidência de IRA.
 - O pico de incidência se dá após 7 dias da infusão do contraste iônico.
- 49.** Marque a alternativa que se relaciona exclusivamente à síndrome nefrítica:
- Anasarca e hipoalbuminemia.
 - Hematúria e dismorfismo positivo.
 - Proteinúria maciça e hipertensão.
 - Dislipidemia e hipoalbuminemia.
 - Ureia > 150mg/dL e acidose metabólica.
- 50.** Quais dos seguintes valores são mais compatíveis com a gasometria arterial de um paciente com insuficiência renal aguda?
- pH 7,15 e bicarbonato 38.
 - pH 7,50 e lactato 8.
 - pCO₂ 22 e bicarbonato 10.
 - pH 7,40 e pCO₂ 35.
 - pH 7,10 e pCO₂ 70.