



# PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIAS MÉDICAS



Universidade  
Estadual do Piauí

PROVA ESCRITA OBJETIVA – TIPO 3

RESIDÊNCIAS MÉDICAS: **MEDICINA INTENSIVA**

DATA: 05/02/2017 – HORÁRIO: 9h às 11h (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 **1h** 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

<b>Nº DE INSCRIÇÃO</b>						

## QUESTÕES

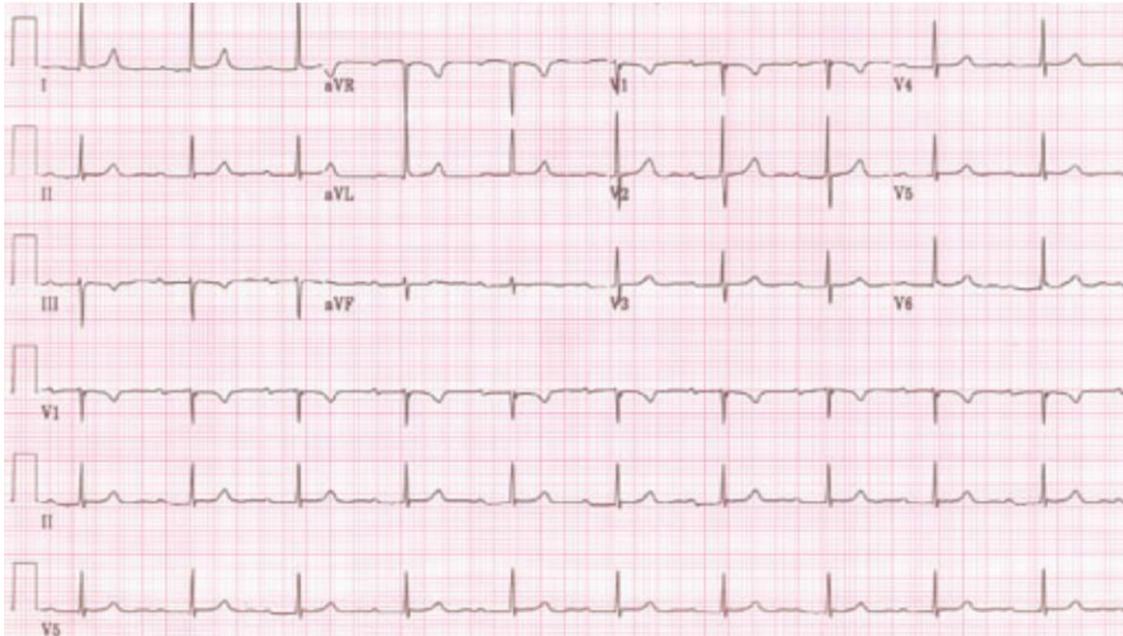
- 01.** Uma mulher de 45 anos, com histórico de asma, apresenta-se na urgência com exacerbação aguda típica de asma. Ela apresenta coriza nasal e dor de garganta mas nega febre ou escarro purulento. O exame revela sibilos pulmonares bilaterais. Seus sinais vitais são: Tax 37°C, FC 110 bpm, FR 24 irpm, PA 156/95 mmHg, SpO<sub>2</sub> 99% sem oxigênio suplementar. A paciente sente-se levemente melhor, após inalação com salbutamol. Um leucograma realizado durante sua permanência na urgência mostrou 13.500 leucócitos/mm<sup>3</sup>. Qual das seguintes é a próxima conduta acertada?
- Tratar pneumonia adquirida na comunidade (PAC) com azitromicina.
  - Tratar PAC com moxifloxacina.
  - Dar alta com prescrição de corticoide sistêmico ou inalatório.
  - Obter uma gasometria arterial.
  - Observar por mais 2 horas, então dar alta com seguimento ambulatorial.
- 02.** Uma mulher de 42 anos apresenta-se na emergência com dor abdominal epigástrica aguda e náusea sem vômitos. Sua avaliação revela pancreatite aguda e a mesma foi internada. Após analgésicos e antieméticos, ela agora relata fome e quer algo para comer. Qual das abaixo é **VERDADEIRA**?
- Ela deve manter um período de repouso intestinal por 48 horas, independente dos seus resultados laboratoriais.
  - Ela necessita de sonda nasogástrica aberta até a normalização das enzimas pancreáticas.
  - Ela requer nutrição parenteral total por 72 horas.
  - Pode ser permitido à mesma alimentar-se, se a tomografia computadorizada de abdômem mostrar resolução dos sinais de pancreatite.
  - Ela pode receber dieta de baixa caloria e rica em carboidratos.
- 03.** Uma mulher de 56 anos apresenta-se com intoxicação aguda por organofosforado, com broncorreia severa, bradicardia e coma. Ela é entubada para proteção das vias aéreas e inicia-se atropina endovenosa. Após 10mg de atropina, a sua FC é de 130 bpm, a PA 160/90 mmHg, mas ainda com secreção brônquica abundante. Qual das seguintes é o próximo passo apropriado na conduta?
- Parar atropina, iniciar adrenalina.
  - Parar atropina, iniciar vasopressina.
  - Parar atropina, iniciar pralidoxima.
  - Continuar a atropina isoladamente.
  - Continuar a atropina e adicionar pralidoxima.
- 04.** Um tabagista de 65 anos de idade chega ao SPS, com início súbito de dispneia há 2 horas. Ele nega dor torácica, febre, tosse produtiva ou edema de membros inferiores. Os sinais vitais são: Tax 37°C, FC 95 irpm, FR 24 irpm, PA 200/95 mmHg, SpO<sub>2</sub> 92% em ar ambiente. A ausculta pulmonar revela sibilos bilaterais. Qual das seguintes melhor diferencia entre doença pulmonar obstrutiva crônica e insuficiência cardíaca congestiva?
- Resposta clínica a inalação de salbutamol.
  - D-dímero.
  - Peptídeo natriurético tipo B (BNP).
  - Troponina I.
  - Enzima conversora da angiotensina.

05. Um paciente de 23 anos chega ao pronto-socorro com perda de consciência após ser chutado na cabeça. Ele agora se encontra consciente e alerta e se queixa de cefaleia. A TC de crânio mostra a imagem ao lado. Logo após a TC, o paciente se torna não responsivo. Qual das seguintes é o próximo passo adequado na conduta?



- a) Craniotomia.
  - b) Entubação endotraqueal.
  - c) Lavado peritoneal diagnóstico.
  - d) Toracotomia de urgência.
  - e) Admitir UTI, coma induzido e repetir a TC de crânio com 24h.
06. Uma mulher de 55 anos com DPOC apresenta-se com dispneia aguda, tosse purulenta e febre. Os sinais vitais são: Tax 38°C, FC 110 bpm, FR 22 irpm, PA 175/90 mmHg, SpO<sub>2</sub> 98% com oxigênio a 4L por cânula nasal. Ela tem tiragem discreta e roncos bilaterais. A radiografia de tórax não mostra infiltrados focais. A mesma recebeu inalação com salbutamol, metilprednisolona 125mg EV e levofloxacina 500mg EV, com mínima melhora do desconforto respiratório. Qual dos seguintes é a próxima conduta acertada?
- a) Azitromicina 500mg EV.
  - b) Vancomicina 1g EV.
  - c) Aminofilina 5mg/kg EV.
  - d) Ventilação não invasiva com pressão positiva.
  - e) Entubação endotraqueal e ventilação mecânica.
07. Qual dos seguintes é, isoladamente, o teste de triagem mais útil para complicações clinicamente significativas do trauma cardíaco fechado?
- a) Creatina quinase isoenzima MB (CK-MB).
  - b) Troponina I.
  - c) Troponina T.
  - d) ECG.
  - e) Teste ergométrico.
08. Paciente sabidamente hipertenso com diagnóstico tomográfico de AVC isquêmico e que chega à urgência 5 horas após o início dos sintomas neurológicos. Nenhuma contraindicação a uso de trombolítico. A PA agora é de 200/105 mmHg. Marque a abordagem **CORRETA** para o manejo da hipertensão arterial deste paciente.
- a) Iniciar infusão contínua de nitroprussiato de sódio e titular para uma pressão arterial sistólica (PAS) de 160 mmHg.
  - b) Administrar ao paciente as medicações anti-hipertensivas orais que faz uso nas suas doses usuais.
  - c) Iniciar infusão contínua de esmolol até PAS entre 140 a 160 mmHg.
  - d) Administrar nimodipina 60mg VO devido a sua ação dupla em baixar a pressão arterial e de prevenção de vasoespasma.
  - e) Por enquanto, apenas continuar a monitorar a PA.

09. Qual das abaixo é manifestação de hipocalcemia?
- a) Encurtamento do intervalo QT.
  - b) Poliúria.
  - c) Parestesias periorais.
  - d) Nefrolitíase.
  - e) Nenhuma das acima.
10. Qual dos anti-hipertensivos abaixo é o agente de escolha para manejo da hipertensão arterial em pacientes com dissecção aórtica aguda?
- a) Hidralazina.
  - b) Enalapril.
  - c) Esmolol.
  - d) Diltiazem.
  - e) Nitroprussiato de sódio.
11. Uma sonda nasogástrica deve ser:
- a) introduzida em todo paciente com queixa de sangramento gastrointestinal.
  - b) evitada em todo paciente com queixa de sangramento gastrointestinal.
  - c) introduzida apenas em pacientes que estão apresentando hematêmese.
  - d) introduzida em pacientes que apresentam sangramento retal de origem incerta.
  - e) evitada em pacientes com varizes de esôfago.
12. Qual das drogas abaixo tem o maior efeito imediato na pré-carga no manejo da insuficiência cardíaca congestiva aguda (ICC)?
- a) Morfina.
  - b) Enalapril.
  - c) Digoxina.
  - d) Furosemida.
  - e) Nitroglicerina.
13. Um homem de 29 anos é enviado à urgência pelo médico do PSF para avaliação de seu ECG (figura pág.06). O paciente está assintomático e seu exame físico é normal. Qual das abaixo é a alternativa **CORRETA** para o manejo do caso?
- a) Não está indicado nenhuma tratamento imediato.
  - b) Atropona 1 mg EV.
  - c) Amiodarona 150 mg EV.
  - d) Marcapasso transcutâneo.
  - e) Cardioversão sincronizada com 50 J.



14. Um homem de 50 anos sem histórico médico prévio apresenta-se com início agudo de tosse, dispneia e febre há 2 dias. A ausculta pulmonar revela estertores crepitantes no campo médio do hemitórax esquerdo e uma radiografia de tórax revela um infiltrado apagando o contorno cardíaco esquerdo. Qual dos abaixo é o agente etiológico mais provável?
- Streptococcus pneumoniae.*
  - Haemophilus influenzae.*
  - Staphylococcus aureus.*
  - Mycoplasma pneumoniae.*
  - Klebsiella pneumoniae.*
15. Qual das afirmações abaixo é verdadeira em relação à lipase e amilase na pancreatite aguda?
- A lipase é mais específica que a amilase.
  - A amilase é mais sensível que a lipase.
  - Os níveis séricos da amilase atingem um pico mais precocemente e permanecem elevados por um período maior que os da lipase.
  - O grau de elevação tanto da amilase como da lipase correlacionam-se com a gravidade da pancreatite.
  - A razão entre os níveis de amilase e lipase pode ser útil na determinação da etiologia da pancreatite.
16. A Síndrome hepatorenal é conhecida como uma insuficiência renal funcional observada em pacientes com cirrose avançada decorrente de intensa vasoconstricção renal. Sobre essa síndrome é **CORRETO** afirmar:
- Os fatores precipitantes mais importantes são sangramento gastrointestinal, infecção, diurese intensa com rápida perda de peso e paracentese de grande volume com reposição de albumina.
  - Sódio urinário maior que 10mEq/L.
  - Tem como tratamento alternativo o transplante hepático.
  - Creatinina sérica > 0,3mg/dl em 48h, proteinúria < 500mg/dl e ausência de causa aparente como choque ou uso recente de drogas nefrotóxicas são critérios para o diagnóstico desta síndrome.
  - Nenhuma das respostas está correta.

17. JFK, 48 anos, etilista crônico, deu entrada no PS com quadro de dor abdominal difusa, febre baixa e ascite moderada. Na admissão foi aventada a hipótese de peritonite bacteriana espontânea (PBE) e algumas providências foram tomadas. Qual das alternativas abaixo contém as assertivas **CORRETAS** sobre PBE?

- I. A paracentese deve ser feita para o diagnóstico de PBE.
- II. Um dos antibióticos de escolha é cefalosporina de 2ª geração.
- III. O agente etiológico mais frequente é a *Escherichia coli*.
- IV. O diagnóstico é feito pela presença de mais de 250 células polimorfo nucleares no líquido ascítico.

- a) I, II, IV corretos.
- b) I, II, III e IV corretos.
- c) II, III e IV corretos.
- d) I, III e IV corretos.
- e) I e II corretos.

18. Paciente etilista crônico após uso abusivo de álcool é encontrado desacordado. A creatinina sérica é 8 mg/dL, ureia 250 mg/dl, EAS cilindros granulares marrons. Há 1 mês tinha função renal normal. A fita reagente da urina é positiva para sangue, mais o sedimento não revela hemácias. US do aparelho urinário com rins de tamanho normais, sem aumento da ecogenicidade. Dentre as alternativas, assinale a **CORRETA**.

- a) Insuficiência renal pré-renal.
- b) Lesão tubular aguda secundária à rabdomiólise.
- c) Necrose tubular aguda.
- d) Lesão tubular aguda pelo álcool.
- e) Nefrite intersticial aguda.

19. MLMN, 45 anos, hipertenso severo em uso irregular de anti-hipertensivos e com diagnóstico de insuficiência renal crônica em tratamento conservador. Para melhor controle pressórico foi acrescentado IECA. Na consulta de rotina apresentava parestesias e bradicardia. Nos exames, o paciente tinha um potássio 7,5 mmol/L e um ECG com onda T apiculada. Qual a melhor conduta neste paciente?

- a) Repetir exame antes de tratar.
- b) Administrar diurético de alça.
- c) Administrar gluconato de cálcio, por via endovenosa.
- d) Dialisar imediatamente.
- e) Nebulização com  $\beta$ -agonista.

- 20.** Na endocardite bacteriana, as novas recomendações para o uso profilático de antimicrobianos estão sugeridas nas assertivas a seguir. Marque a alternativa **CORRETA**.
- I. Pacientes com valvas protéticas.
  - II. Procedimentos odontológicos com manipulação gengival.
  - III. História prévia de endocardite infecciosa.
  - IV. Transplantados renais e cardíacos que desenvolvem valvulopatias.
  - V. Pacientes submetidos a broncoscopia e incisão com biópsia da mucosa respiratória.
- a) Todas as assertivas estão corretas.
  - b) Apenas I, II e V são corretas.
  - c) I, IV e V estão corretas.
  - d) I, II e III estão corretas.
  - e) I, II, III e IV estão corretas.
- 21.** CTCM, feminina, 68 anos, diabética e hipertensa de longa data, deu entrada no Pronto Atendimento de sua cidade com queixa de dispneia e oligúria. Os exames da admissão mostraram os seguintes resultados: Creatinina 4,0; Ur 180; Potássio 4,5. Hemograma: hematócrito 30 e hemoglobina 9, leucócitos 16.500; EAS : proteína ++/4+, piócitos 50p/c; hemáceas 6p/c. Foram coletadas culturas, iniciado antibiótico. Paciente pesava 55Kg. Qual o clearance de creatinina da paciente baseado nos exames acima?
- a) 15 ml/min.
  - b) 13,8 ml/min.
  - c) 21,4 ml/min.
  - d) 9,8 ml/min.
  - e) 11,7 ml/min.
- 22.** Paciente com diagnóstico de HIV recente usando esquema antirretroviral tem contato diário com paciente com tuberculose pulmonar bacilífera. Qual a melhor conduta profilática para este caso.
- a) Prescrever quimioprofilaxia com isoniazida, por seis meses.
  - b) Realizar PPD agora e repeti-lo após seis semanas, caso este seja negativo.
  - c) Indicar quimioprofilaxia, apenas se PPD for maior que 10 mm de induração.
  - d) Realizar pesquisa de BAAR no escarro.
  - e) Indicar tratamento tuberculostático por nove meses.
- 23.** Qual das alternativas abaixo indica o melhor tratamento para Síndrome de Ogilvie?
- a) Ressecção do segmento afetado.
  - b) Colostomia.
  - c) Cecostomia.
  - d) Sondagem nasogástrica.
  - e) Colonoscopia aspirativa.

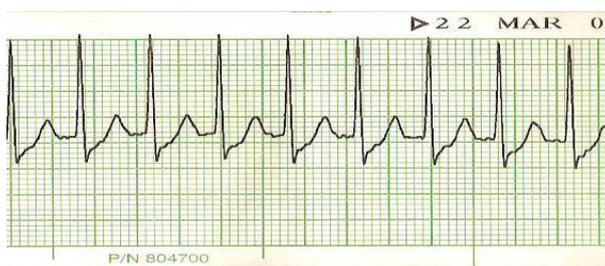
24. Paciente, sexo feminino, 43 anos, compareceu a emergência com diagnóstico prévio de hipertensão arterial crônica com controle inadequado, cefaleia intensa, vômitos, confusão mental e rebaixamento do nível de consciência. Ao exame clínico, apresentava-se desorientada no tempo e espaço, sonolenta, eupnéica, acianótica, PA: 240/ 125 mmHg e frequência cardíaca: 104 bpm. Ao exame neurológico não apresentava sinais de localização, irritação meníngea, reflexos superficiais e profundos simétricos e pupilas isocóricas e fotorreagentes. Evoluiu com crise convulsiva focal de curta duração. Realizado exame de fundo de olho. O principal diagnóstico foi de encefalopatia hipertensiva. Acerca dessa condição clínica, assinale a opção **CORRETA**:
- a) Como a convulsão focal não é uma manifestação observada nessa doença, deve-se considerar o diagnóstico alternativo de acidente vascular cerebral isquêmico.
  - b) No exame de fundo de olho, a presença de exsudatos difusos e bilaterais sem outras alterações, são os achados mais característicos dessa condição clínica e praticamente confirmam o diagnóstico.
  - c) O tratamento básico dessa condição deve ser realizado de forma imediata, por meio de nitroprussiato de sódio cuja redução da pressão arterial a ser atingida deve chegar a 25% dos valores iniciais.
  - d) Trata-se de uma urgência hipertensiva, que deve ser imediatamente controlada.
  - e) Essa condição tem como base etiopatogênica uma maciça hemorragia intracerebral.
25. Paciente jovem, sexo masculino, 22 anos, com história pregressa de asma brônquica, comparece à emergência com queixas de tosse, dispnéia progressiva, sensação de aperto torácico e, ao exame físico, com sibilos difusos, incapaz de falar fluentemente, sensação de exaustão, uso de musculatura acessória, cianose, FC: 125 bpm, FR: 25 irpm, SaO<sub>2</sub>: 91%. Nessa condição emergencial, caracterizada como crise asmática aguda grave, a intubação orotraqueal e a ventilação mecânica estarão indicadas quando o paciente apresentar:
- a) Pico de fluxo expiratório (PFE) entre 50 a 75% do valor predito para a idade.
  - b) Pulso paradoxal < 15 mmHg.
  - c) Saturação arterial de oxigênio < 92%.
  - d) Acidose respiratória com pH < 7,3.
  - e) Rebaixamento significativo do nível de consciência.
26. A respeito de pacientes vítimas de traumatismo cranioencefálico admitidos no setor de emergência, assinale a opção **CORRETA**.
- a) Não administrar drogas anticonvulsivantes em nenhuma vítima de traumatismo cranioencefálico.
  - b) Administrar drogas anticonvulsivantes em todos os pacientes vítimas de traumatismo cranioencefálico.
  - c) A fenitoína não deve ser administrada em virtude do seu efeito sedativo.
  - d) Devem-se administrar drogas anticonvulsivantes nos primeiros 7 dias após a injúria e então devem ser descontinuadas naqueles sem evidências de convulsões.
  - e) Deve-se administrar drogas anticonvulsivantes preventivas até 2 horas depois do trauma.

- 27.** Avalie as contraindicações à lavagem gástrica em casos de intoxicação exógena. Está **CORRETO** apenas o que se afirma em:
- I. Tempo de ingestão menor que uma hora;
  - II. Ingestão de substâncias corrosivas como ácidos ou bases;
  - III. Nível de consciência preservado com reflexos de proteção de vias aéreas preservados;
  - IV. Ingestão de hidrocarbonetos.
- a) I e III.
  - b) I e IV.
  - c) III e IV.
  - d) II e III.
  - e) II e IV.
- 28.** A insuficiência renal aguda (IRA) descreve uma síndrome clínica em que um dos critérios que a definem é a oligúria (débito urinário  $< 0,5\text{ml/Kg/h}$  durante 6 horas), aumento da creatinina sérica maior ou igual a  $0,3\text{ mg/dl}$  em 48 horas ou aumento na creatinina sérica maior ou igual a 50% do valor basal. Qual alternativa indica as características de uma IRA pré-renal:
- a) Sumário de urina: cilindros granulosos e epiteliais; osmolaridade urinária  $> 500\text{ OsmU}$ ; sódio urinário  $> 20$ ; fração de excreção de sódio  $< 1\%$ .
  - b) Sumário de urina: normal; osmolaridade urinária  $< 350\text{ OsmU}$ ; sódio urinário  $< 20$ ; fração de excreção de sódio  $> 1\%$ .
  - c) Sumário de urina: normal; osmolaridade urinária  $> 500\text{ OsmU}$ ; sódio urinário  $< 20$ ; fração de excreção de sódio  $< 1\%$ .
  - d) Sumário de urina: cilindros granulosos e epiteliais; osmolaridade urinária  $< 350\text{ OsmU}$ ; sódio urinário  $> 20$ ; fração de excreção de sódio  $> 1\%$ .
  - e) Sumário de urina: normal; osmolaridade urinária  $> 500\text{ OsmU}$ ; sódio urinário  $> 20$ ; fração de excreção de sódio  $> 1\%$ .
- 29.** Com relação ao sangramento gastrointestinal podemos afirmar:
- a) A hemorragia digestiva alta é responsável por 80% dos casos de sangramento agudo e as causas mais comuns são doença ulcerosa péptica e varizes esofagianas, onde a primeira é responsável por aproximadamente 30 a 50% e a segunda por 20% dos sangramentos do trato gastrointestinal superior.
  - b) É mais comum em mulheres que em homens e mais frequente em jovens.
  - c) O sangramento gastrointestinal inferior tem fonte colônica em 95% dos casos, a diverticulose responde por 30 a 40% desses e geralmente é mais severo e menos intermitente que o sangramento gastrointestinal superior.
  - d) A localização do sangramento é fundamental para o tratamento. Para melhor acurácia a esofagogastroduodenoscopia deverá ser realizada após as primeiras 24h do sangramento independentemente da estabilidade do paciente.
  - e) Os fatores de risco associados a um pior prognóstico são: idade inferior a 60 anos; comorbidades prévias; insuficiência renal; doença hepática, doença cardíaca, insuficiência respiratória; magnitude da hemorragia; PAS  $> 100\text{mmHg}$  na admissão; necessidade de transfusões; hemorragia persistente ou recorrente e ausência de necessidade de cirurgia.

30. Paciente do sexo masculino, 27 anos, 70 kg, apresenta queimaduras em aproximadamente 40% da área de superfície corporal total. Pela fórmula de Parkland qual a estimativa de fluidos nas primeiras 24h para esse paciente:

- a) 3 litros.
- b) 5 litros.
- c) 8 litros.
- d) 12 litros.
- e) 14 litros.

31. Paciente do sexo masculino, 49 anos, PO tireoidectomia, apresenta queixas de palpitações com o início agudo de taquicardia, porém estável hemodinamicamente. Ao exame físico: FC: 160bpm, PA: 125/70mmHg, cujo ECG encontra-se abaixo demonstrado. Que conduta se deve adotar?



- a) Nenhuma. No PO tireoidectomia a frequência cardíaca poderá subir a mais de 160bpm. Ele está bem.
- b) Administrar adenosina 6mg EV, seguida por 12mg, se necessário.
- c) Administrar uma dose de metoprolol ou diltiazem.
- d) Administrar amiodarona.
- e) Alternativas b e c estão corretas.

32. Considere as seguintes afirmações em relação ao choque hipovolêmico. Estão **CORRETAS** as seguintes alternativas:

- I. Os dois órgãos mais comumente afetados no trauma fechado são o baço e o fígado;
- II. Fraturas de fêmur resultarão em sangramento na coxa, mas a perda sanguínea é usualmente insignificante;
- III. O estágio II do choque hipovolêmico está associado com uma redução de 15 a 30% do volume intravascular;
- IV. O estágio III do choque hipovolêmico está associado com aumento de mortalidade.

- a) I e II.
- b) I e III.
- c) III e IV.
- d) II e III.
- e) I, III e IV.

**33.** Paciente do sexo feminino, 22 anos, admitida na emergência, após acidente envolvendo esmagamento de seu carro contra uma árvore. À chegada seus sinais vitais são os seguintes: PA: 70/40 mmHg; FC: 150 bpm; FR: 8 irpm e SaO<sub>2</sub>: 72%. Ao exame físico encontra-se não responsiva e cianótica. Apresenta murmúrio vesicular diminuído no hemitórax direito e tem uma grande laceração na coxa esquerda com sangramento pulsátil. Qual será a sua primeira conduta?

- a) Realizar um RX tórax.
- b) Sequência rápida para intubação orotraqueal.
- c) Exploração da ferida com sangramento e controle da hemorragia.
- d) Descompressão com agulha da parede torácica.
- e) Punção de acesso venoso central em veia femoral direita.

**34.** A respeito do choque, correlacione a coluna da esquerda com a direita e assinale a alternativa **CORRETA**:

- |                         |                                                                                                 |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I. Choque hipovolêmico  | (a) PVC variável, POAP variável, SvO <sub>2</sub> aumentada, DC aumentado, RVS reduzida         |
| I. Choque cardiogênico  | (b) PVC variável, POAP: variável, SvO <sub>2</sub> : reduzida, DC reduzido, RVS aumentada       |
| II. Choque distributivo | (c) PVC reduzida, POAP: reduzida, SvO <sub>2</sub> : diminuída, DC: reduzido, RVS: aumentada    |
| III. Choque obstrutivo  | (d) PVC: aumentada, POAP: aumentada, SvO <sub>2</sub> : reduzida, DC: reduzido e RVS: aumentada |

- a) I – c, II – d, III – a, IV – b.
- b) I – d, II – a, III – b, IV – c.
- c) I – b, II – c, III – d, IV – a.
- d) I – a, II – b, III – c, IV – d.
- e) I – c, II – d, III – b, IV – a.

35. Com relação à intoxicação exógena aguda e a síndrome clínica por ela ocasionada, correlacione a coluna da esquerda com a direita e assinale a alternativa **CORRETA**.

- |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I. Antidepressivos    | (a) Ansiedade, alucinação, agitação, confusão mental, delirium, coma, convulsão, mioclonia, midríase, hipertermia, taquicardia, hipertensão, taquipneia, retenção urinária e redução dos ruídos intestinais, pele seca quente e avermelhada e mucosas secas.          |
| II. Organofosforados  | (b) Ansiedade, agitação, alucinação, sudorese, tremor, hiper-reflexia, convulsão, midríase, hipertermia, taquicardia, hipertensão, taquipneia, arritmias, dor precordial.                                                                                             |
| III. Cocaína          | (c) Rebaixamento do nível de consciência, bradicardia, hipotensão, vômitos.                                                                                                                                                                                           |
| IV. Alfa bloqueadores | (d) Confusão, coma, convulsão, miose, bradicardia, hipotensão ou hipertensão, taquipneia ou bradipnéia, hipersalivação, broncorréia, broncoespasmo, lacrimejamento, incontinência fecal e urinária, diarreia, vômitos, sudorese, fasciculações musculares e fraqueza. |

- a) I – c, II – d, III – a, IV – b.
- b) I – d, II – a, III – b, IV – c.
- c) I – b, II – c, III – d, IV – a.
- d) I – a, II – b, III – c, IV – d.
- e) I – a, II – d, III – b, IV – c.

36. Paciente de 65 anos, sexo feminino, 50 kg, com história de diabetes, HAS e neoplasia de mama foi admitida com insuficiência respiratória aguda e diagnóstico de broncopneumonia, iniciado antimicrobianos, coletado culturas e subsequentemente intubada, após tentativa de ventilação não invasiva sem sucesso. Está ventilando com VC: 300ml, peep: 8, FR: 22. A gasometria arterial com FIO<sub>2</sub>: 70% é a seguinte: pH: 7,28, pCO<sub>2</sub>: 62, pO<sub>2</sub>: 84 e o RX tórax encontra-se em anexo abaixo. Submetida à punção de acesso venoso central com PVC: 16. Iniciado baixa dose de vasopressores (noradrenalina) por hipotensão e no momento PAM: 65mmHg. A diurese diminuiu para 0,3ml/Kg nas últimas 6 horas. Qual será o próximo passo no manuseio da paciente?

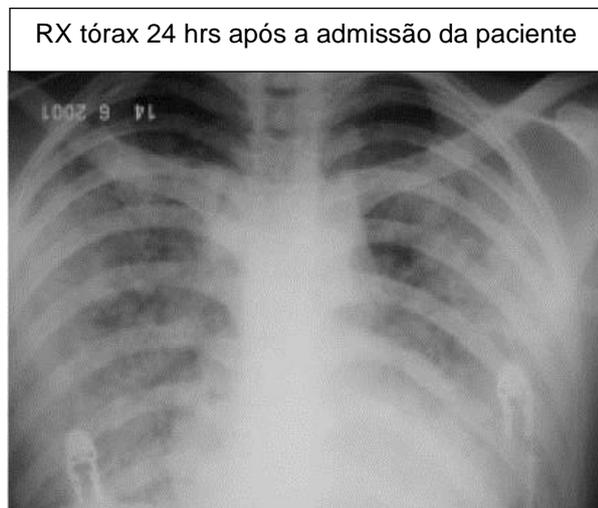


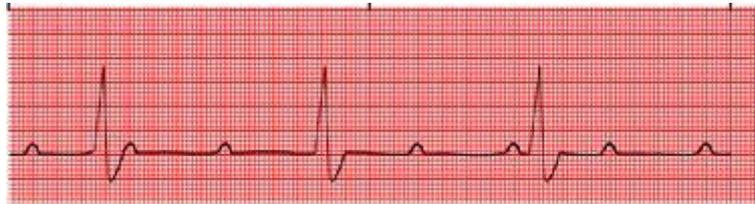
Figura 2 – Radiografia de tórax 24 horas após internação mostrando maior confluência das consolidações

- Elevar a frequência respiratória do ventilador em virtude da hipercapnia e acidose.
  - Administrar bolus de volume com SF 0,9%.
  - Furosemida.
  - Associar um segundo vasopressor.
  - Posição prona.
37. Paciente de 22 anos, sexo masculino, vítima de acidente motociclístico, evoluindo com traumatismo cranioencefálico, rebaixamento do nível de consciência, submetido a intubação orotraqueal e ventilação mecânica. Apresentou fratura exposta de fêmur com realização de fixação cirúrgica externa. Observado hérnia diafragmática traumática que foi corrigida cirurgicamente, sem lesão de vísceras ocas, porém, durante cirurgia apresentava edema de alças com retorno das vísceras a cavidade abdominal sob tensão. Instalado monitorização de pressão intra-abdominal (PIA). Ao exame físico: abdome distendido e tenso, taquipnéico (FR: 35ipm), Pressão Pico: 50cmH<sub>2</sub>O, complacência pulmonar: 20ml/cmH<sub>2</sub>O; hipotenso: PA: 75/40mmHg (necessitando de vasopressores), oligúrico: diurese: 0,2ml/Kg/h, PIA > 30mmHg. O próximo passo no manuseio do paciente deve ser:
- bloqueio neuromuscular e aumento de Peep.
  - aguardar 24 a 48h após passagem e abertura de sonda nasogástrica para descompressão.
  - diurético.
  - descompressão cirúrgica emergente.
  - coletar culturas e iniciar terapêutica antimicrobiano em virtude do choque séptico.

38. Paciente de 39 anos, G5P4 submetida a um parto vaginal não complicado e após a liberação da placenta tem significativo sangramento e você suspeita de atonia uterina como causa. Qual do seguinte plano de manuseio está **CORRETO**?

- a) Solicitar ajuda multiprofissional, acionar banco de sangue, prover massagem de fundo uterino e administrar uterotônicos.
- b) Administrar uterotônicos e massagem de fundo uterino.
- c) Administrar uterotônicos.
- d) Notificar banco de sangue, fazer dilatação/ curetagem e administrar uterotônicos.
- e) Histerectomia.

39. Paciente do sexo masculino, 55 anos, admitido na UTI após infarto do miocárdio de parede inferior, queixando-se de fraqueza, adinamia, tontura, cujos sinais vitais são os seguintes: pulso: 30bpm, FR: 12irpm, PA: 90/60mmHg. Apresenta o traçado eletrocardiográfico abaixo em anexo: Qual a conduta mais apropriada diante do caso?



- a) Marcapasso percutâneo/ EV tão logo quanto possível.
- b) Nada. O paciente está hemodinamicamente estável.
- c) Cardioversão elétrica imediata.
- d) Atropina.
- e) Isoproterenol.

40. Paciente do sexo masculino, 35 anos, foi lançado de sua bicicleta contra o tronco de uma árvore. Foi encaminhado ao hospital há aproximadamente 15 minutos. No momento está orientado e hemodinamicamente estável. Queixa-se de dor abdominal importante no quadrante superior esquerdo e o abdome é doloroso à palpação nessa topografia. O residente da emergência faz um FAST completo e lhe comunica que o FAST foi negativo. Qual das seguintes alternativas é **VERDADEIRA**?

- a) Necessita de uma laparotomia exploradora para determinar se existe lesão orgânica.
- b) Ele pode ainda ter uma lesão esplênica, portanto, necessita de uma TC de abdôme ou pelo menos FAST seriado.
- c) É pouco provável que ele tenha qualquer lesão intra-abdominal devido ao FAST negativo.
- d) Caso ele torne-se hipotenso, não há nenhuma utilidade na repetição do FAST.
- e) Paciente hemodinamicamente estável e orientado, portanto, necessita que permaneça em observação sem investigação adicional.

41. Paciente de 51 anos, sexo masculino, obeso, encontra-se no 4 PO de artrodese coluna cervical e desenvolve aspiração maciça e severa insuficiência respiratória aguda com hipoxemia e hipercapnia. Após sequência rápida de intubação com propofol e succinilcolina, a laringoscopia direta revelou um Mallampati IV. Foi solicitado broncoscópio de fibra óptica à beira de leito e realizada tentativa de ventilação com máscara com reservatório, contudo, sem sucesso, a despeito da colocação de cânula de Guedel e técnica de 2 mãos. A saturação do paciente começa a declinar rapidamente. Qual é o próximo passo mais apropriado no manuseio da via aérea desse paciente?
- Ventilação não invasiva.
  - Cricotireoidotomia de emergência.
  - Máscara laríngea e ventilar.
  - Tentar outra laringoscopia direta com introdutor tipo Bugie.
  - Administrar outra dose de relaxante muscular.
42. Paciente de 65 anos, sexo masculino com história de consumo abundante de álcool, é diagnosticado com tumor esofagiano após avaliação de disfagia progressiva e perda de peso. Submetido à ressecção cirúrgica com jejunostomia para alimentação. Seu fósforo pré-operatório é 4,2mg/dl e magnésio: 2,6mg/dl. Relacionado ao início da nutrição pós-operatória, quanto à síndrome de realimentação, está **CORRETO** o que se afirma em:
- É uma complicação potencial do início do suporte nutricional em pacientes desnutridos e pode ocorrer com via oral, enteral ou parenteral.
  - Disfunção orgânica pode ser complicada pela sobrecarga de volume, contribuindo para complicações cardiopulmonares.
  - As manifestações clínicas da síndrome realimentação podem incluir: delirium, encefalopatia, convulsões, insuficiência respiratória por fraqueza diafragmática, edema pulmonar, insuficiência cardíaca, fraqueza e hemólise.
  - Independentemente dos níveis normais pré-operatórios magnésio, fósforo, cálcio e potássio devem ser checados diariamente.
- I e III.
  - I, II e IV.
  - I, III e IV.
  - II e IV.
  - Todas as alternativas.
43. Você admite na UTI um homem de 30 anos de idade que há dois dias apresenta fraqueza em membros inferiores com piora progressiva acometendo também membros superiores nas últimas 12 horas e com queixa de dispneia. Ao exame apresenta tetraparesia com força grau 2 em membros inferiores e grau 3 em membros superiores, hipotonia nos 4 membros e arreflexia global. Relata quadro diarreico autolimitado há 3 semanas. Nega outros antecedentes pessoais, familiares, trauma ou uso de medicações. Sobre este caso qual deve ser sua próxima conduta com finalidade diagnóstica, dentre as opções listadas a seguir:
- Punção lombar.
  - Eletroneuromiografia.
  - Ressonância de crânio.
  - Ressonância de coluna cervical.
  - Arteriografia cerebral.

44. Com relação a limitações de cuidados em pacientes considerados como portadores de doenças em fase de terminalidade, é **CORRETO** afirmar que:
- a) não é considerado ético ou legal a suspensão ou não instalação de medidas de suporte como ventilação mecânica ou hemodiálise nesses pacientes.
  - b) é considerado ético e legal a não realização de manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) nesses pacientes, desde que os médicos cuidadores concordem que não sejam consideradas benéficas para o paciente e o mesmo ou seu representante legal estejam de acordo.
  - c) é considerado ético, porém, não é considerado legal a não realização de manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) nesses pacientes mesmo que os médicos cuidadores concordem que não sejam benéficas para o paciente e o mesmo ou seu representante legal estejam de acordo.
  - d) é considerado ético e legal a não realização de manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) nesses pacientes apenas quando confirmado quadro de morte encefálica.
  - e) mesmo em quadros de morte encefálica, a suspensão de terapias só pode ser realizada com a devida autorização da família.
45. Com relação ao diagnóstico de morte encefálica, é **CORRETO** afirmar que:
- a) devem ser feitos dois exames clínicos com intervalo de 24 horas e um deles deve ser realizado por médico neurologista.
  - b) devem ser feitos dois exames clínicos com intervalo de 12 horas e um exame complementar.
  - c) devem ser feitos dois exames clínicos com intervalo de 6 horas e o exame complementar é mandatório.
  - d) só pode ser confirmada se houver ausência total de reflexos de tronco e/ou medulares.
  - e) o exame complementar é obrigatório apenas nos casos considerados para transplante de órgãos.
46. Com relação a pacientes com choque séptico, é **CORRETO** afirmar que:
- a) o ajuste da antibioticoterapia com a chegada das culturas em até 72 horas associa-se à importante redução da mortalidade.
  - b) a droga vasopressora considerada como primeira linha nesses casos pode ser a noradrenalina ou vasopressina.
  - c) o uso de hidrocortisona em dose de estresse deve ser iniciado em até uma hora da admissão do paciente.
  - d) a restauração da volemia deve ser iniciada rapidamente, sendo idealmente corrigida nas primeiras 6 horas.
  - e) as drogas vasoativas só devem ser iniciadas após a completa restauração da volemia.

47. Com relação à avaliação da perfusão tecidual através dos níveis de lactato, é **CORRETO** afirmar que:
- a) níveis de lactato elevados sinalizam hipoperfusão e idealmente devem ser realizados de forma seriada durante a estabilização de pacientes com choque.
  - b) o clareamento dos níveis de lactato em pelo menos 10% em pacientes chocados sinalizam melhora clínica.
  - c) devem ser interpretados em conjunto com outros marcadores como saturação venosa de oxigênio e condições clínicas do paciente.
  - d) níveis de lactato sérico podem estar elevados em situações de insuficiência hepática ou doses elevadas de catecolaminas.
  - e) todas as alternativas acima estão corretas.
48. Na avaliação de fluido-responsividade de pacientes com quadros de choque é **CORRETO** afirmar que:
- a) se o paciente permanece hipotenso, oligúrico, sem edema pulmonar e com níveis de pressão venosa central baixos ele será um respondedor a volume.
  - b) a aferição da pressão venosa central é o método de avaliação da volemia e de fluido responsividade mais disponível e portanto de maior utilidade a beira-leito.
  - c) a realização de manobra de elevação passiva das pernas associada a um método de aferição de débito cardíaco é método útil para avaliar fluido responsividade em pacientes fora de ventilação mecânica.
  - d) a realização de medidas para avaliar a diferença de pressão de pulso ( Delta PP) é útil para avaliar fluido responsividade em pacientes fora ou em uso de ventilação mecânica.
  - e) para avaliação da volemia de forma fidedigna é necessária a aferição da pressão de oclusão da artéria pulmonar (POAP) com cateter de artéria pulmonar.
49. No atendimento de paciente com quadro de parada cardiorrespiratória (PCR), é **CORRETO** afirmar que:
- a) o acompanhamento dos níveis de CO<sub>2</sub> com o uso do capnógrafo é importante para avaliar a restauração do fluxo sanguíneo e avaliar a qualidade das manobras de compressão torácica.
  - b) é mandatório o início de manobras de ressuscitação em todo paciente que evoluir com quadro de PCR intra-hospitalar.
  - c) em casos de pacientes que apresentem como ritmo inicial de parada um ritmo de assitolia ou atividade elétrica sem pulso (AESP), mesmo que ele evolua no decorrer da reanimação com ritmo de taquicardia ou fibrilação ventricular está contraindicado o uso de amiodarona.
  - d) o uso de bicarbonato está formalmente proscrito em qualquer cenário de PCR.
  - e) o uso de bolus de volume está formalmente proscrito em qualquer cenário de PCR.
50. Com relação ao uso de ventilação não invasiva em pacientes com insuficiência respiratória aguda, é **CORRETO** afirmar que:
- a) está contraindicado em casos de insuficiência respiratória hipoxêmica.
  - b) está contraindicado em casos de choque.
  - c) é considerado boa alternativa para evitar intubação em idosos com pneumonia extensa.
  - d) é considerado boa alternativa para pacientes com muita secreção respiratória e que têm tosse eficaz.
  - e) é considerado boa alternativa em pacientes com edema de glote evitando intubação difícil.