



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PROCESSO SELETIVO PARA OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA
MÉDICA DA UFPI - EDITAL 24/2016

Realização:



CADERNO DE QUESTÕES

PROGRAMAS COM PRÉ-REQUISITO MEDICINA INTENSIVA

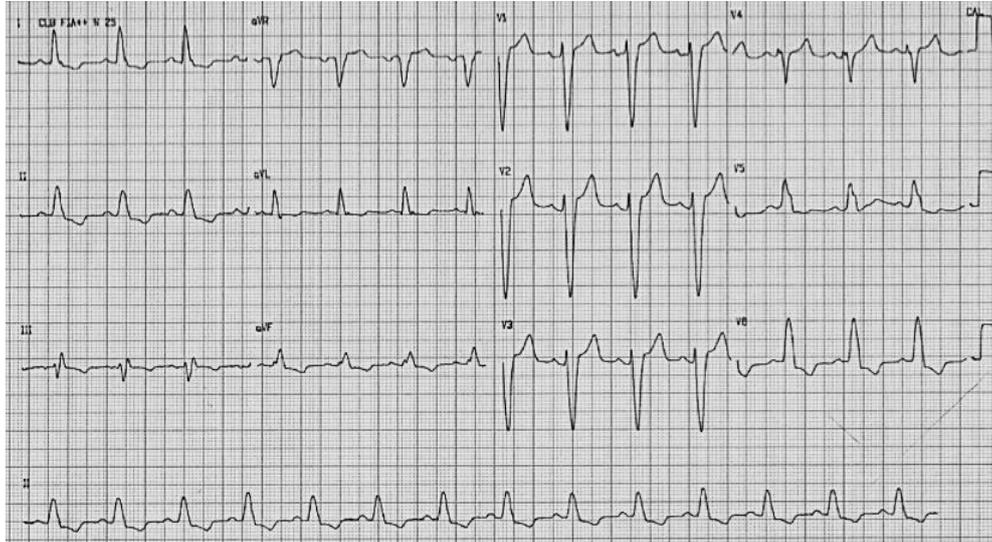
DATA: 07/01/2017

HORÁRIO: das 08 às 10 horas

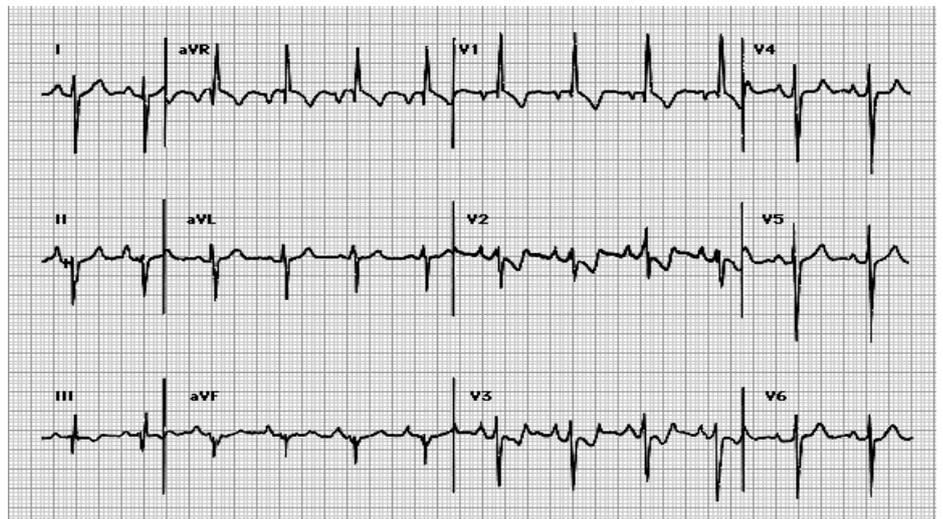
**LEIA AS INSTRUÇÕES E AGUARDE AUTORIZAÇÃO PARA ABRIR O
CADERNO DE QUESTÕES**

- ✘ Verifique se este CADERNO contém um total de 50 (cinquenta) questões do tipo múltipla escolha, com 5 (cinco) opções de respostas, das quais, apenas uma é correta. Se não estiver completo, solicite ao fiscal de sala outro Caderno de Provas. **Não serão aceitas reclamações posteriores.**
- ✘ O candidato não poderá entregar o caderno de questões antes de decorridos 60 (sessenta) minutos do início da prova, ressalvados os casos de emergência médica.
- ✘ As respostas devem ser marcadas, obrigatoriamente, no **cartão-resposta**, utilizando caneta esferográfica, **tinta preta** ou **azul, escrita grossa.**
- ✘ Ao concluir a prova, o candidato terá que devolver o **cartão-resposta** devidamente ASSINADO e o **caderno de questões**. A não devolução de qualquer um deles implicará na **eliminação** do candidato.

01. Quanto ao uso de dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis, considere o tratamento para uma paciente com 52 anos de idade, sexo feminino, hipertensa e diabética com insuficiência cardíaca avançada e terapia farmacológica otimizada há mais de 3 meses em acompanhamento ambulatorial sem melhora dos sintomas de dispneia aos mínimos esforços. A fração de ejeção do ventrículo esquerdo foi de 28% e o eletrocardiograma está demonstrado abaixo. O tipo de dispositivo que deve ser implantado para ter impacto de melhor sobrevida e melhora funcional dessa paciente é:



- (A) Marca-passo dupla câmara. (D) Cardiodesfibrilador de câmara única.
 (B) Looper implantável. (E) Marca-passo com função *rate-drop-response*.
 (C) Ressincronizador cardíaco.
02. Considere o caso: paciente do sexo feminino, 69 anos, foi internada com quadro de dor torácica intensa associada à irradiação para o dorso nas últimas 24 horas. Realizou radiografia de tórax que evidenciou alargamento do mediastino. Ao exame clínico, foram identificados pulso de Corrigan, sopro cardíaco e pressão arterial divergente. O diagnóstico mais provável é:
- (A) Estenose aórtica com dissecção da aorta.
 (B) Insuficiência mitral com dissecção da artéria pulmonar.
 (C) Insuficiência aórtica com dissecção da aorta.
 (D) Estenose mitral com infarto agudo do miocárdio.
 (E) Insuficiência aórtica com tromboembolismo pulmonar.
03. Considere o caso clínico: paciente do sexo masculino, 68 anos, de raça negra, evoluindo com dispneia progressiva no último mês, apresenta-se na emergência com sintomas de dispneia aos mínimos esforços. É tabagista atual com carga tabágica de 40 anos-maço. Realizou o eletrocardiograma com o traçado demonstrado abaixo. O provável diagnóstico é:

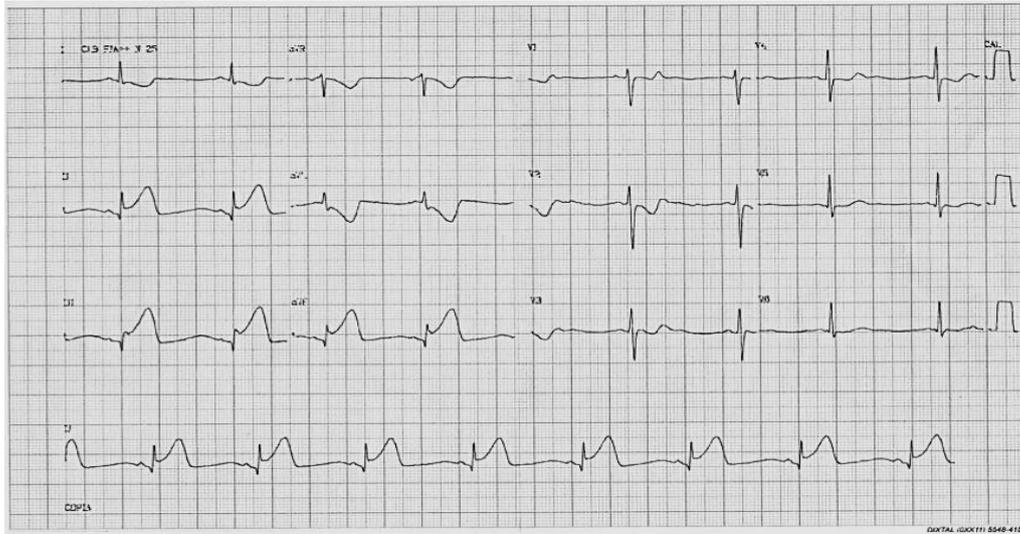


- (A) Insuficiência ventricular esquerda grave.
 (B) Cor pulmonale.
 (C) Síndrome de Brugada.
 (D) Infarto agudo do miocárdio.
 (E) Disfunção diastólica do ventrículo esquerdo.

04. Considerando os conceitos sobre o sistema de condução cardíaco, assinale a opção CORRETA.

- (A) Bloqueio atrioventricular 2:1 pode ser induzido por uso de atenolol em paciente hipertenso.
- (B) Todas as alterações eletrocardiográficas que expressem disfunção do nódulo sinusal devem ser tratadas com marca-passo cardíaco definitivo.
- (C) Bloqueio divisional anterossuperior esquerdo isolado é a alteração eletrocardiográfica mais frequentemente encontrada em pacientes com doença de Chagas.
- (D) Bloqueio atrioventricular de segundo grau tipo Mobitz I, assintomático, deve ser tratado com atropina venosa.
- (E) Fibrilação atrial com elevada resposta ventricular indica doença grave na condução do nódulo atrioventricular.

Para as questões 05 e 06, considere o caso a seguir: homem de 48 anos, hipertenso e diabético, foi atendido no Pronto Socorro com quadro de dor anginosa típica de forte intensidade, com início há 2 horas. O eletrocardiograma do paciente está demonstrado abaixo.



05. Considerando o eletrocardiograma de admissão e após as medidas iniciais, a melhor conduta é:

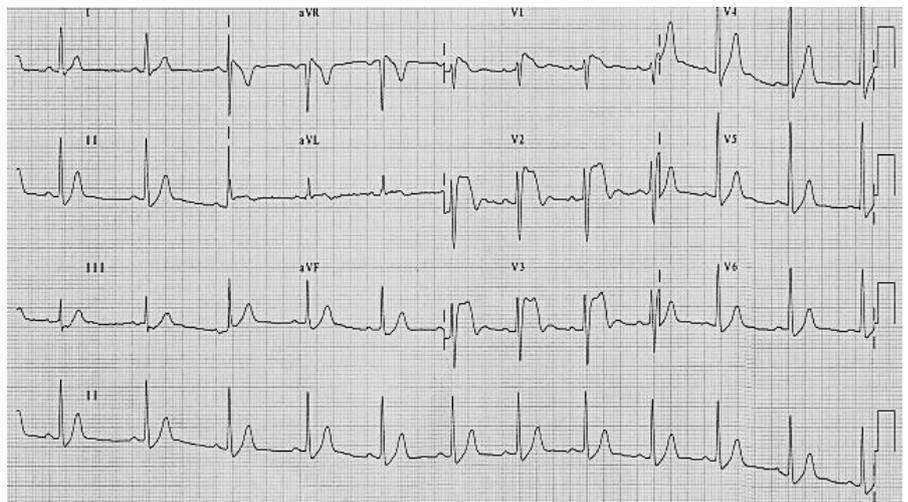
- (A) Terapia anticoagulante tripla.
- (B) Ticagrelor em dose de ataque.
- (C) Prasugrel em dose plena.
- (D) Angioplastia primária.
- (E) Observação.

06. Diante das alterações eletrocardiográficas apresentadas, a(s) derivação(ões) adicional(is) que permite(m) avaliar acometimento do ventrículo direito é(são):

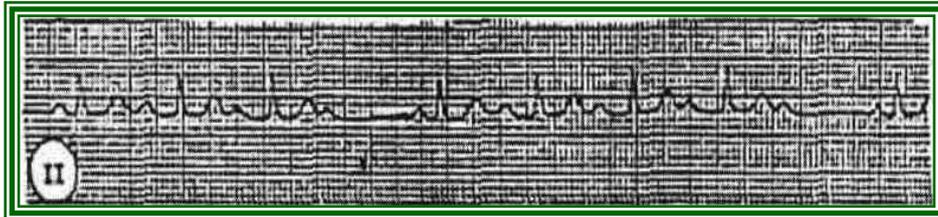
- (A) V3R e V4R.
- (B) V7 e V8.
- (C) V2R e V5R.
- (D) V3 e V4.
- (E) Derivação bipolar.

07. Paciente jovem do sexo masculino, 22 anos, com quadro de síncope recorrente apresentando 3 episódios até o momento. O irmão mais jovem faleceu de morte súbita cardíaca aos 15 anos de idade. O eletrocardiograma de repouso está demonstrado abaixo. O diagnóstico mais provável é:

- (A) Tromboembolismo pulmonar.
- (B) Dissecção aguda da aorta.
- (C) Síndrome compartimental.
- (D) Síndrome de Brugada.
- (E) Infarto agudo do miocárdio.



08. Considere o caso: idoso masculino, 78 anos de idade, admitido com quadro clínico de síncope recorrente. Não fazia uso de medicamentos cronotrópicos negativos. Durante exame de Holter, apresentou lipotimia correlacionada ao traçado de eletrocardiograma abaixo. Assinale a opção com a melhor conduta.



- (A) Não deve tomar nenhuma conduta, pois é benigno.
 (B) Ressonância magnética de coração para afastar cardiopatia estrutural.
 (C) Dopamina devido à bradicardia sinusal intensa.
 (D) Marca-passo temporário devido ao bloqueio AV extrínseco.
 (E) Marca-passo cardíaco definitivo devido bloqueio AV sintomático.
09. Paciente feminino, 62 anos, diabética, hipertensa, portadora de doença renal crônica em hemodiálise, deu entrada no serviço de emergência com dispneia (FR = 36 insp/min), cianose de extremidades, PA = 200/100 mmHg, ausculta pulmonar com estertores crepantes em 2/3 inferiores de ambos os HT, com Ritmo cardíaco irregular.
 Exames: Potássio = 6,8 mEq/L; Cr = 5,9 mg/dL; pH = 7,25; pO₂ = 56; HCO₃⁻ = 10; pCO₂ = 50; Na⁺ = 142 mEq/L e cloro = 98 mEq/L

É CORRETO afirmar-se:

- (A) A paciente encontra-se em emergência hipertensiva e edema agudo de pulmão (EAP), necessitando de terapia com hipotensor (vasodilatador), oxigênio e diurético.
 (B) A melhor conduta é fazer EOT, VM, fazer ECG e iniciar hemodiálise imediatamente.
 (C) A paciente deve iniciar nitroprussiato de sódio em dose corrigida para insuficiência renal, iniciar antibiótico de largo espectro após coleta de culturas, pois é imunodeprimida e está séptica.
 (D) Iniciar imediatamente solução polarizante (bicarbonato e glico-insulina), pois tem hipercalemia e elevado risco de arritmia.
 (E) A paciente deve ser medicada com captopril sublingual, terapia com oxigênio e 4 ampolas de furosemida endovenoso.
10. Paciente feminino, 64 anos, diabética tipo I, foi admitida com Glasgow de 11, febril, FR = 22 insp/min, PA = 120/65 mmHg, poliúrica e desidratada. Exames complementares mostram uma glicemia de 450mg/dL, sódio de 128 mEq/L, potássio de 3,7mEq/L e bicarbonato de 11 mEq/L. Como plano terapêutico, foi administrado insulina regular, solução salina e bicarbonato de sódio 8,4%. Após 4 horas, a paciente iniciou quadro súbito de fraqueza muscular, Glasgow de 8 e arritmia. A causa mais provável é:
- (A) Hipercalemia e hipomagnesemia. (D) Hipocalcemia e hipocalcemia.
 (B) Hipercalemia e hipernatremia. (E) Hipocalcemia e hipofosfatemia.
 (C) Hipoglicemia e hiponatremia.
11. Homem, 45 anos, internado com diagnóstico de pancreatite aguda após libação alcoólica. Exame físico: desorientado, dispneico, FR = 34 insp/min, PA = 90/55 mmHg, ausculta pulmonar normal, abdome globoso com dor a palpação superficial e profunda. Encaminhado para a UTI, passado SVD, com diurese colúrica e em pequena quantidade. Na Lesão Renal Aguda (LRA), é CORRETO afirmar:
- (A) Nos casos de pancreatite aguda, a etiologia da LRA é multifatorial, prevalecendo os fatores hemodinâmicos.
 (B) Na LRA pré-renal, devido ao baixo fluxo sanguíneo renal, ocorre vasoconstrição da arteríola aferente e eferente, reduzindo assim a pressão de filtração glomerular.
 (C) O uso de diuréticos de alça (furosemida) está indicado com estratégia terapêutica, objetivando aumentar o volume urinário e reduzir o risco de terapia dialítica.
 (D) Pelo critério de AKIN, paciente que está no estágio I da LRA deve ter um aumento em 0,8 mg/dL ou 1,5 a 2x no valor basal da creatinina.
 (E) Ainda com base nos critérios de AKIN, no estágio I, teria uma diurese menor que 0,5 ml/kg/h, nas últimas 12 horas.

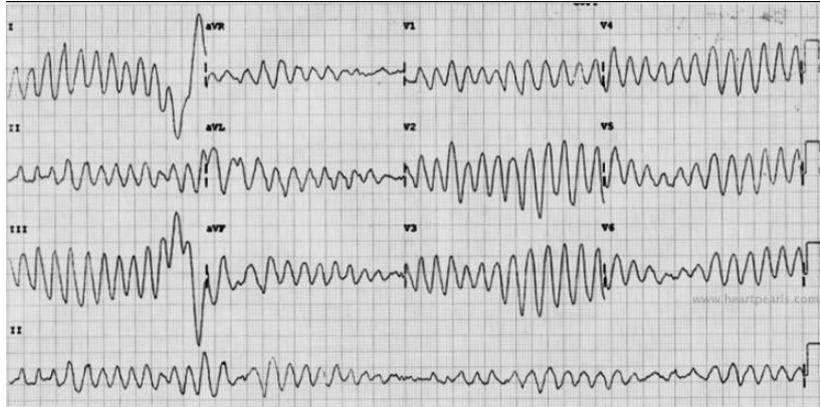
12. Você é chamado para atender a um paciente na enfermaria em primeiro dia de pós-operatório de colecistectomia com quadro de dispneia súbita. O paciente tem 55 anos, é diabético e hipertenso. Ao exame físico, o paciente encontra-se afebril, taquipneico, ansioso, a ausculta pulmonar é limpa. FC: 100bpm, PA: 110/80mmHg, Sat O₂: 92% ar ambiente. Ureia: 40; Creatinina: 1,0; Glicemia: 300mg/dL; pH: 7,28; pCO₂: 31; pO₂: 120; bicarbonato 15; Cloro: 100; Sódio 145. Você solicita raio X de tórax e eletrocardiograma que são normais. Exame abdominal normal. Dentre as opções abaixo, a que representa opção CORRETA é:
- (A) Causa mais provável é tromboembolismo pulmonar. Deve-se iniciar anticoagulação e solicitar angiotomografia de tórax.
 - (B) Causa mais provável é síndrome coronariana aguda. Deve-se iniciar oxigênio, AAS, anticoagular, seriar enzimas cardíacas e eletrocardiograma.
 - (C) Causa mais provável é sepse. Deve-se solicitar culturas e ampliar antibióticos.
 - (D) Causa mais provável é hipervolemia. Deve ser feito diurético e iniciar CPAP.
 - (E) Causa mais provável é cetoacidose diabética. Deve-se iniciar insulina contínua e acompanhar o ânion gap.
13. Uma mulher de 60 anos, vítima de acidente de trânsito, com politraumas, foi admitida com confusão mental, descorada, cianose de extremidades, PA = 85/45 mmHg, FC = 120 bat/ min, oligúria, FR = 34 insp/ min. Gasometria arterial com mascara de venturi O₂ = 10l/min): pH = 7,15; pCO₂ = 32; pO₂ = 64; HCO₃⁻ = 13; Na⁺ = 140 mEq/L e cloro = 100mEq/L. Assinale a opção CORRETA quanto ao distúrbio ácido básico:
- (A) Acidose metabólica AG positiva, acidose respiratória e acidose metabólica (3º distúrbio).
 - (B) Acidose metabólica AG positiva e alcalose respiratória.
 - (C) Acidose metabólica AG normal e alcalose respiratória.
 - (D) Acidose metabólica AG positiva, alcalose respiratória e acidose metabólica (3º distúrbio).
 - (E) Acidose metabólica AG positiva e acidose respiratória.
14. Paciente do sexo masculino, 48 anos, deu entrada no serviço de pronto socorro com rebaixamento do nível de consciência, taquidispneico, FR = 28 insp/min, PA = 100/65 mmHg e oligúria. Antecedente de uma colecistectomia há 10 dias. Foi realizado um exame de gasometria arterial: pH = 7,25, HCO₃⁻ = 10 mEq/L, pCO₂ = 21 mmHg, Na⁺ = 129 mEq/L e Cloreto = 110 mEq/L. Considerando o distúrbio ácido básico, é CORRETO afirmar:
- (A) É uma acidose metabólica AG positiva, tendo como etiologia um quadro séptico.
 - (B) Este paciente tem uma acidose metabólica devido a um quadro de uremia.
 - (C) É uma acidose metabólica AG positiva, podendo ter como etiologia uma cetoacidose diabética.
 - (D) Este paciente não tem acidose metabólica, mas uma acidose respiratória, e a causa é uma pneumonia.
 - (E) Este paciente tem acidose metabólica, sendo a causa provável uma fístula pancreática.
15. Paciente 62 anos, masculino, internado na UTI há 30 dias com diagnóstico de neoplasia pulmonar e IRpA, encontra-se com TQT, VM e evoluindo com síndrome de secreção inapropriada de ADH(SIADH). O achado mais comum nestes pacientes é:
- (A) Hipernatremia.
 - (B) Hipertensão arterial.
 - (C) Expansão volêmica, sem quadros edematosos.
 - (D) Hipercalcemia e hipernatremia
 - (E) Hipocalemia e hipercalemia.
16. Paciente masculino, portador do vírus C, com hepatopatia crônica, foi internado com encefalopatia hepática, volumosa ascite e sinais de hipertensão portal. Exames laboratoriais mostraram elevação de escurias nitrogenadas e diagnóstico de síndrome Hepato renal. É INCORRETO:
- (A) Nesta síndrome, o paciente tem doença hepática avançada e alteração da função renal, mas de caráter funcional e não estrutural.
 - (B) O mecanismo fisiopatológico consiste em uma intensa vasoconstrição intrarrenal, vasodilatação extrarrenal e acentuada queda da filtração glomerular.
 - (C) A hipervolemia e hiponatremia são os distúrbios mais comuns nesta patologia e não devem ser corrigidos com diuréticos.
 - (D) O tipo 2 é mais comum nos pacientes com doença hepática crônica, apresentando um evolução mais rápida e pior prognóstico.
 - (E) A melhor estratégia terapêutica é a realização de transplante hepático.
17. Você é chamado para atender a um paciente que teve uma crise convulsiva na enfermaria e não recobrou a consciência após a crise. O paciente faz nova crise convulsiva 20 minutos após a primeira e vomitou. Quando você chega para vê-lo, após 30 minutos da segunda convulsão, o paciente encontra-se sem convulsões ativas, porém, torporoso e não abre olhos ou responde a comandos. PA: 120/80mmHg; FC: 110bpm; Sat O₂ 88% ar ambiente. A sequência de condutas mais adequada é:

- (A) Iniciar oxigênio, abrir via aérea, aspirar. Garantir bom acesso venoso, passar SNG e deixar aberta. Solicitar tomografia de crânio com contraste. Dosar sódio, cálcio, glicose, gasometria arterial. Proceder dose de diazepam e hidantal via venosa.
- (B) Iniciar oxigênio, abrir via aérea, aspirar e intubar. Garantir bom acesso venoso e passar SNG deixando-a aberta. Solicitar tomografia de crânio sem contraste e eletroencefalograma (EEG). Dosar sódio, cálcio, glicose, gasometria arterial. Proceder dose de hidantalização venosa e, se houver nova convulsão, fazer benzodiazepínico.
- (C) Intubar imediatamente. Fazer Diazepam venoso seguido de dose de hidantalização e benzodiazepínico venoso contínuo bem como já iniciar anticonvulsivante oral. Solicitar tomografia de crânio sem contraste.
- (D) Iniciar oxigênio, abrir via aérea, aspirar e, se necessário, intubar. Fazer dose de glicose, naloxona e flumazenil. Garantir bom acesso venoso. Solicitar tomografia de crânio com contraste e eletroencefalograma (EEG). Dosar sódio, potássio, magnésio, glicose, gasometria arterial. Proceder dose de hidantalização venosa e fenobarbital por SNG.
- (E) Intubar imediatamente. Garantir bom acesso venoso, passar SNG e deixar aberta. Solicitar tomografia de crânio sem contraste. Dosar sódio, potássio, magnésio, glicose, gasometria arterial. Proceder com dose de hidantalização e fenobarbital venoso. Iniciar noradrenalina.
18. Paciente do sexo feminino, 54 anos, sabidamente portadora de miocardiopatia isquêmica, internou em sinais de ICC descompensada e elevação das escórias nitrogenadas. Sobre a correlação coração-rim, é INCORRETO afirmar:
- (A) A principal causa de morte nos pacientes portadores de doença renal crônica são os eventos cardiovasculares.
- (B) Na síndrome cardiorrenal tipo 2, o paciente tem doença cardíaca progressiva, levando a uma deteriorização crônica da função renal.
- (C) Na síndrome cardiorrenal (SCR) tipo 1, o paciente tem nefropatia crônica, piorando a função cardíaca.
- (D) Na síndrome cardiorrenal tipo 3, o paciente tem uma piora da função cardíaca secundária a uma Disfunção Renal Aguda.
- (E) Na fisiopatologia da SCR, destaca-se a ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona pelo baixo débito cardíaco.
19. Paciente jovem, 22 anos, vítima de atropelamento, deu entrada no serviço de emergência com Glasgow de 12, com múltiplas fraturas ósseas e grandes lacerações de partes moles. Evoluiu com oligúria e elevação de escórias nitrogenada: creatinina = 8mg/dL, Ureia = 220 mg/dL. Decidiu-se pela realização de diálise. São urgências dialíticas, EXCETO:
- (A) Disnatremias. (D) Hipervolemia.
- (B) Derrame pericárdico de natureza urêmica. (E) Acidose metabólica refratária.
- (C) Hipercalemia com alterações no ECG.
20. Com relação ao diagnóstico de sepse e/ou choque séptico, está CORRETO:
- (A) Em pacientes com sepse, deve-se sempre iniciar cobertura antibiótica ampla utilizando drogas com cobertura para germes multirresistentes e realizar descalonamento após resultados de culturas.
- (B) A presença de hipotensão em paciente com quadro infeccioso caracteriza o diagnóstico de choque séptico.
- (C) A mortalidade de pacientes com choque séptico é superior a 80%.
- (D) O tempo de antibioticoterapia em casos de choque séptico deve ser de, no mínimo, 14 dias.
- (E) A presença de disfunção orgânica em paciente com processo infeccioso é o que sinaliza a presença de sepse e demanda medidas rápidas para prevenção de sua evolução para choque.
21. Você é chamado para atender a um paciente com quadro de cefaleia intensa seguido de rebaixamento de consciência súbito (há exatamente uma hora), não obedece comandos, apenas geme e abre olhos a dor e localiza dor a esquerda com hemiplegia direita. Ele tem 52 anos, história de diabetes, dislipidemia e hipertensão bem controladas com Enalapril 10mg/dia, rosuvastatina 10mg/dia e glibenclamida 5mg/dia. Não tem história de trauma ou cirurgia prévias. Sinais vitais evidenciam: PA: 220/120mmHg; FC: 100bpm; FR: 20irpm; Sat O2: 92% ar ambiente. Bioquímica normal. Tomografia de crânio sem contraste abaixo. O diagnóstico e sequência de condutas mais adequada nessa situação são respectivamente:
- (A) Acidente vascular encefálico hemorrágico com dois pequenos hematomas intraparenquimatosos. Intubar, admitir para UTI, controle de pressão arterial e colocar Derivação Ventricular Externa (DVE)
- (B) Acidente vascular encefálico isquêmico. Intubar, controlar a pressão arterial e quando estiver abaixo de 180/90mmHg fazer trombólise em até 4,5 horas.
- (C) Acidente vascular encefálico isquêmico. Iniciar AAS e clopidrogel.
- (D) Acidente vascular encefálico hemorrágico com discreta hemorragia subaracnoide. Intubar e realizar arteriografia para descartar aneurisma.
- (E) Acidente vascular encefálico isquêmico com sinais de hipertensão intracraniana. Intubar e levar ao centro cirúrgico para colocação de Derivação Ventricular Externa (DVE).

22. Homem, 36 anos, diagnóstico recente de linfoma de Hodgkin, em tratamento com quimioterapia, há 2 dias, vem evoluindo com náuseas, vômitos, edema de membros inferiores, dores articulares, parestesia. Exames complementares mostram elevação nos níveis de ureia, creatinina e ácido úrico. Outros achados bioquímicos neste paciente são:
- (A) Hipocalcemia, hipercalemia e hiperfosfatemia. (D) Hipercloremia, hipocalcemia e hipocalcemia.
(B) Hipercalemia, hipocalcemia e hipofosfatemia. (E) Hipocalcemia, hipercalemia e hiperfosfatemia.
(C) Hiper magnesemia, hipocalcemia e hipercalemia.
23. No atendimento a um paciente politraumatizado, é CORRETO afirmar:
- (A) A principal causa de choque nesses pacientes é a hipovolemia e a ressuscitação volêmica deve ser feita com soluções cristaloides, plasma ou albumina.
(B) Traumatismo craniano é a causa mais comum de choque nesses pacientes.
(C) A presença de obstrução ao fluxo sanguíneo deve ser ativamente buscada em todo politraumatizado com choque o qual pode ser constatada na maioria das vezes através do exame físico, raio X de tórax associado à realização de ultrassom fast.
(D) O uso de hemoderivados deve ser realizado sempre que o paciente permanecer instável após reposição de 30mL/kg de cristaloides mesmo que não haja perda sanguínea óbvia.
(E) A presença de componente cardiogênico contribuindo para o choque nesses pacientes pode ser identificada rapidamente através da realização de exame físico e raio X de tórax.
24. Sobre pneumonia relacionada à ventilação mecânica (PAV), marque a opção CORRETA.
- (A) É recomendável que os circuitos de ventiladores (VM) sejam trocados a cada 48h com o objetivo de reduzir a incidência de PAV.
(B) Em virtude dos múltiplos fatores de risco do paciente crítico, não se pode considerar a PAV como marcador de qualidade na assistência.
(C) Sendo a PAV uma infecção adquirida no hospital, não existe diferenciação na epidemiologia dos patógenos causadores da mesma quando se avalia PAV precoce (diagnóstico realizado entre o segundo e o quarto dias de ventilação mecânica- VM) e PAV tardia (diagnóstico após o quinto dia de VM).
(D) Diferente do que se imaginava, altos valores de proteína C reativa e procalcitonina não podem ser considerados como marcadores de gravidade em PAV.
(E) A patogênese da PAV está relacionada não só a fontes de via hematogênica e biofilme no tubo endotraqueal, mas também à colonização da cavidade oral e microaspirações de secreções orais, sendo estes dois últimos os principais.
25. Em um paciente com insuficiência respiratória aguda, a situação clínica em que não está contraindicado o suporte respiratório com ventilação mecânica não invasiva é:
- (A) Choque séptico.
(B) Excesso de secreção traqueobrônquica.
(C) Emergência hipertensiva com edema agudo de pulmão.
(D) Hemorragia digestiva alta e choque hipovolêmico.
(E) Estado de mal epilético.
26. Com relação às infecções urinárias (ITU), assinale a opção CORRETA.
- (A) As ITU's ficam em terceiro lugar em incidência no mundo entre as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
(B) O antibiótico Ertapenem não é recomendado como opção terapêutica para paciente crítico com ITU quando o agente causador for *Pseudomonas* sp.
(C) Sempre que se diagnostica um paciente com bacteriúria assintomática – crescimento de bactérias na urina ($\geq 10^5$ UFC/ml) –, deve-se instituir terapia, independente das características do paciente.
(D) O principal agente causador da pielonefrite enfisematosa é o *Clostridium perfringens*.
(E) O uso de Itraconazol oral é bem recomendado para cepas de espécies de *Candida* resistentes ao fluconazol, determinando uma ótima resposta terapêutica por alcançar alta concentração urinária.
27. Paciente de 28 anos, sexo feminino, com quadro de fraqueza muscular, astenia e ganho de 2 Kg em 6 meses. Ao exame, apresenta acne e pletora facial, com estrias violáceas incipientes em flancos. Exames laboratoriais: Cortisol pós-dexametasona 3,9, ACTH 59 (VR: 10-60), Sódio 144 mEq/l (135-145), Potássio 2,1 (3,5-5,0). Assinale a opção que melhor se aplica ao caso:
- (A) Deve-se solicitar TC adrenais.
(B) Cortisol urinário livre elevado confirma Doença de Cushing, indicando RNM sela túrcica.
(C) O quadro clínico torna PPNAD a principal hipótese diagnóstica.

- (D) Hiperandrogenismo presente no quadro sugere carcinoma adrenal.
 (E) Deve-se realizar testes dinâmicos com o intuito de descartar ACTH ectópico.

28. Você é chamado para atender a um paciente na enfermaria que refere sentir tontura e sensação de que vai desmaiar a qualquer momento. Sinais vitais evidenciam: PA: 110/70mmHg; FR: 20irpm; Sat O2: 92% em ar ambiente. O eletrocardiograma revela o ritmo abaixo. A sequência de condutas mais adequada nessa situação é:



- (A) Instalar oxigênio, garantir bom acesso venoso, monitorizar, solicitar bioquímica, eletrólitos e enzimas cardíacas, sulfato de magnésio e, se não reverter, choque em desfibrilação.
 (B) Intubar imediatamente, garantir bom acesso venoso, monitorizar, solicitar bioquímica, eletrólitos e enzimas cardíacas. Fazer amiodarona venosa em bolus.
 (C) Instalar oxigênio, garantir bom acesso venoso, monitorizar, sedar e cardioversão imediata com 200J bifásico.
 (D) Intubar imediatamente, garantir bom acesso venoso, monitorizar, solicitar bioquímica, eletrólitos e enzimas cardíacas. Fazer dose de sulfato de magnésio e gluconato de cálcio venoso.
 (E) Instalar oxigênio, garantir bom acesso venoso, monitorizar, solicitar bioquímica, eletrólitos e enzimas cardíacas. Fazer dose de sulfato de magnésio venoso.
29. Com relação à escolha de antibióticos adequada no tratamento de pacientes com pneumonia, escolha a opção CORRETA.
- | | |
|---------------------------------|---|
| I. Ceftriaxona e Azitromicina | A. Paciente sem comorbidades, internado há 5 dias na enfermaria com fratura de colo de fêmur. |
| II. Vancomicina e Carbapenêmico | B. Paciente portador de HIV proveniente de casa. |
| III. Piperacilina e Tazobactam | C. Paciente em tratamento para câncer de mama evoluindo com neutropenia febril e estava fazendo curso de clindamicina oral a domicílio. |
| IV. Levofloxacino e Tamiflu | D. Paciente internada no hospital há 30 dias e na UTI há uma semana em ventilação mecânica. Já fez uso de 2 esquemas antibióticos com Ciprofloxacino, Oxacilina e Cefepime. |
| V. Cefepime e Vancomicina | E. Paciente transplantado renal em uso de imunossupressores vindo de casa. |
- (A) I B; II D; III A; IV E; V C
 (B) I A; II C; III D; IV E; V B
 (C) I A; II D; III C; IV B; V E
 (D) I E; II D; III A; IV B; V C
 (E) I B; II A; III C; IV D; V E
30. Em relação a situações de infecções variadas, está CORRETO:
- (A) Na neutropenia febril, o antifúngico sistêmico sempre deve ser iniciado concomitante aos antibióticos de amplo espectro.
 (B) Geralmente pacientes portadores de endocardite por fungos que possuem vegetação valvular visível à ecocardiografia transtorácica costumam ter boa resposta à terapia clínica, raramente necessitando intervenção cirúrgica.
 (C) Em pacientes neutropênicos, as infecções por *Aspergillus fumigatus* constituem a segunda causa mais comum de acometimento fúngico, sendo o pulmão a principal porta de entrada.
 (D) A tigeciclina é boa opção terapêutica como monoterapia de choque séptico com foco em partes moles, abdômen e vias urinárias mas não em infecções respiratórias.
 (E) O antibiótico Polimixina B é uma boa opção terapêutica para infecções causadas por *Klebsiella pneumoniae* resistentes, assim como para infecções causadas por outros germes gram-negativos como *Serratia* sp, *Proteus* sp, e *Providencia* sp.

31. Paciente do sexo feminino, 25 anos, chega à emergência trazida pelos pais com história de ter sido encontrada desacordada e dispneica com vidro de “veneno” vazio ao seu lado. Encontra-se torporosa, com escala de Glasgow de 8, hipotensa (PA: 70/40mmHg) e taquipneica (FR: 28irpm). Sat O₂ 94% ar ambiente. A sequência de condutas mais adequada é:
- (A) Passar SNG e proceder à lavagem gástrica seguida de carvão ativado imediatamente.
 - (B) Como a paciente está torporosa a lavagem gástrica esta contraindicada.
 - (C) Instalar oxigênio, iniciar noradrenalina, fazer dose empírica de naloxona, flumazenil e glicose e intubar caso não acorde com essas medidas. A lavagem gástrica está contraindicada, pois não se tem a precisão do momento da ingestão.
 - (D) Realizar acesso venoso, iniciar infusão de cristaloides, intubar e, somente após via aérea segura proceder com lavagem gástrica e carvão ativado.
 - (E) A identificação da substância ingerida é o fator mais importante para a sobrevivência dessa paciente, pois possibilita o uso de antídotos quando existentes.
32. Com relação à candidemia, selecione a opção CORRETA.
- (A) Em pacientes críticos instáveis e graves com suspeita de candidemia, recomenda-se iniciar terapia com fluconazol venoso, considerando-se que a grande maioria das espécies de *Candida* são sensíveis ao fluconazol e este possui menos efeitos colaterais em comparação com outros antifúngicos.
 - (B) As principais vias de invasão da corrente sanguínea por *Candida* são: o trato gastrointestinal, foco infeccioso a distância e cateter intravascular.
 - (C) Os cateteres intravenosos só devem ser removidos após 24 h do início do antifúngico, caso não ocorra melhora clínica significativa com a instituição da terapia medicamentosa.
 - (D) O uso prévio de antibioticoterapia prolongada, porém adequada para a sensibilidade do germe isolado o qual está sendo tratado, não predispõe o surgimento de candidemias.
 - (E) As espécies de *Candida glabrata* e *Candida cruzei* melhoram sua sensibilidade ao fluconazol quando se ajusta as doses do mesmo para 800 mg/dia.
33. M.R, 85 anos, portador de insuficiência coronariana e pós-operatório tardio de revascularização do miocárdio. Reside sozinho com cuidados contratados e recebe visitas de familiares diariamente ao final da tarde. Admitido em emergência por déficit na área de atenção e concentração, de início súbito, associado à alteração de marcha com desequilíbrio e ataxia, e diminuição global de força muscular. Usuário de Aspirina e caverdilol. Nega Febre e outros sintomas. Avaliação de sd. Coronariana aguda negativa (ECG = ritmo sinusal, alterações de repolarização difusas, BDAS; troponina = 0,01 seriada após 6 h não teve variação). Sua conduta imediata deve ser:
- (A) Alta hospitalar visto enzimas cardíacas normais.
 - (B) Anticoagulação plena.
 - (C) Sala vermelha, oxigenioterapia, avaliação de glicemia capilar, monitorização não invasiva de sinais vitais, hidratação com solução salina e aguardar parecer de especialista.
 - (D) Sala vermelha, oxigenioterapia, avaliação do encéfalo com imagem tomográfica sem contraste, avaliação de glicemia capilar, monitorização não invasiva de sinais vitais, hidratação com solução salina.
 - (E) Sala amarela, para observação clínica de evolução do quadro e aguardo de exames laboratoriais para descartar causas metabólicas.
34. Paciente de 58 anos, sexo feminino, com diabetes há 20 anos, apresenta também hipertensão arterial e dislipidemia. Últimos exames laboratoriais, em uso de metformina 850mg 2x/dia, são: glicemia 169, Glicemia pós-prandial 220, Hb Glicada 8%, Ureia 110 mg/dl, Cr 2,1 mg/dl (clearance de cr de 39). Dentre as opções abaixo, assinale a melhor indicada para o caso:
- (A) Manter metformina e associar insulina e glibenclamida.
 - (B) Manter metformina e associar inibidor de DPP-IV.
 - (C) Manter metformina e associar inibido de SGLT-2.
 - (D) Suspender metformina e iniciar sulfoniluréia.
 - (E) Suspender metformina e associar incretinomimético.
35. Paciente de 28 anos, sexo feminino, com quadro de fraqueza muscular, astenia e ganho de 2 Kg em 6 meses. Ao exame, apresenta acne e pletora facial, com estrias violáceas incipientes em flancos. Exames laboratoriais: Cortisol pós-dexametasona 3,9, ACTH 59 (VR: 10-60), Sódio 144 mEq/l (135-145), Potássio 2,1 (3,5-5,0). Assinale a opção que melhor se aplica ao caso:
- (A) Deve-se solicitar TC adrenais.
 - (B) Cortisol urinário livre elevado confirma Doença de Cushing, indicando RNM sela túrcica.
 - (C) O quadro clínico torna PPNAD a principal hipótese diagnóstica.
 - (D) Hiperandrogenismo presente no quadro sugere carcinoma adrenal.
 - (E) Deve-se realizar testes dinâmicos com o intuito de descartar ACTH ectópico.

36. Com relação à hemorragia digestiva varicosa, é CORRETO afirmar:
- (A) É recomendada a profilaxia pré-primária, ou seja, o uso de beta-bloqueadores em pacientes que ainda não tem varizes.
 - (B) O tratamento do HBV e do HCV não reduz o risco de desenvolvimento de varizes de esôfago.
 - (C) Os beta-bloqueadores não devem ser usados para profilaxia primária de varizes de pequeno calibre.
 - (D) A ligadura elástica pode ser usada para profilaxia primária de varizes de médio/grosso calibre.
 - (E) A escleroterapia é superior à ligadura elástica no tratamento de varizes de esôfago.
37. Com relação ao tratamento da Ascite no hepatopata, é CORRETO afirmar que:
- (A) Não se deve realizar paracentese quando houver suspeita clínica de peritonite bacteriana espontânea.
 - (B) A restrição de ingesta hídrica é medida primordial para o tratamento da ascite.
 - (C) Em paracentes superiores a 5 litros, deve-se repor albumina na dose de 6-8 gramas para cada litro de líquido ascítico retirado.
 - (D) A ascite refratária ao uso de diuréticos não é uma indicação de implantação de TIPS (transjugular intrahepatic portosystemic shunt).
 - (E) O aparecimento de encefalopatia hepática não contraindica o uso de diuréticos.
38. Com relação à síndrome hepatorenal, é INCORRETO afirmar:
- (A) Antes de se definir o caso como síndrome hepatorenal, devem-se descartar outras causas de insuficiência renal.
 - (B) Para descartar insuficiência renal pré-renal, deve-se fazer prova de volume com soro fisiológico seguida do uso de espironolactona.
 - (C) Drogas possivelmente nefrotóxicas devem ser imediatamente suspensas.
 - (D) O uso combinado de drogas vasoconstritoras e albumina é recomendado no tratamento de síndrome hepatorenal.
 - (E) A síndrome hepatorenal tipo I é mais aguda e rapidamente progressiva, enquanto que a tipo II é mais insidiosa.
39. Com relação aos cuidados de pacientes em fase terminal de doenças, é CORRETO afirmar:
- (A) Na maioria das doenças, é difícil estabelecer a fase de terminalidade da mesma, portanto, deve-se utilizar esse termo apenas em pacientes oncológicos.
 - (B) Considera-se doença em fase de terminalidade aquela para a qual não existe terapêutica curativa disponível e o paciente apresenta grande probabilidade de ter menos de 3 anos de vida.
 - (C) Considera-se doença em fase de terminalidade aquela para a qual não existe terapêutica curativa ou paliativa disponível e o paciente apresenta grande probabilidade de ter menos de 1 ano de vida.
 - (D) Os cuidados desses pacientes envolvem planejamento que deve incluir atenção às necessidades físicas, psicológicas, espirituais dos mesmos bem como atenção aos seus familiares e/ou cuidadores.
 - (E) Deve-se evitar analgesia com narcóticos prevenindo vício bem como a possibilidade de causar eutanásia.
40. Com relação à prevenção de infecção hospitalar, é CORRETO afirmar:
- (A) O uso de álcool gel é tão eficaz quanto a lavagem de mãos, exceto nos casos de diarreia ou contaminação com fluidos corporais.
 - (B) Lavar as mãos é a medida de maior custo benefício e tem eficácia bem superior ao uso de álcool gel.
 - (C) Técnicos de laboratório e de radiologia são importantes carreadores de microrganismos entre pacientes internados e devem usar batas e luvas descartáveis trocando-as entre pacientes.
 - (D) O uso de batas por visitantes é uma das medidas mais importantes na prevenção de aquisição de infecção hospitalar para os pacientes internados.
 - (E) O uso de batas por visitantes é mandatório para visitaçãõ de todos os pacientes admitidos em unidades de terapia intensiva.
41. Em um paciente que apresenta quadro clínico de intoxicação exógena por betabloqueador, o tratamento adequado é:
- (A) Lavagem gástrica e carvão ativado, atropina e adrenalina.
 - (B) Alfa agonista central, soluções coloides, nitroprussiato de sódio e naloxone.
 - (C) Atropina, gluconato de cálcio, ventilação mecânica e acetilcisteína.
 - (D) Glucagon, suporte hemodinâmico, marcapasso e bicarbonato de sódio.
 - (E) Broncodilatadores, sulfato de magnésio, benzodiazepínicos e fenitoína.
42. Na atualidade, a denominação “erro médico” deve ser substituída por “evento adverso”. Com relação a eventos adversos no ambiente hospitalar, é CORRETO afirmar:
- (A) Índices desses eventos são alarmantes em nosso país e os médicos são os principais responsáveis pelos erros.
 - (B) Apesar de frequentes, sua prevenção é complexa e seria possível em aproximadamente 20% dos casos.

- (C) São consequência de uma sequência de eventos que envolvem fatores humanos, técnicos e organizacionais e não de um único ato isolado.
- (D) Sempre que identificado, deve ocorrer relato sistemático para comissão de segurança do hospital e reação rápida para correção do evento em si e correção dos processos. Documentação no prontuário só deve ser feita pela comissão de segurança e qualidade do hospital.
- (E) O uso de prontuários eletrônicos, implementação de protocolos e cultura de punição dos responsáveis diretos pelo evento contribuem para prevenção dos mesmos.
43. Com relação à condução de pacientes com pancreatite, é CORRETO afirmar:
- (A) Antibioticoprofilaxia na admissão esta indicada em paciente com pancreatite que curse com febre e/ou leucocitose.
- (B) Quando indicado o uso de antibióticos, deve-se atentar para penetração do mesmo no tecido pancreático. São consideradas boas opções: ceftriaxona, aminoglicosídeos, vancomicina ou carbapenêmicos.
- (C) O exame de escolha para diagnóstico desses quadros na emergência é a tomografia com contraste e deve ser feito nas primeiras 3 horas da admissão.
- (D) A ultrassonografia abdominal é o exame de imagem inicial mais adequado por ser exame não contrastado e elucidar etiologia do quadro. A tomografia, apesar de visualizar melhor o pâncreas, deve ser postergada para realização após avaliação da função renal, restauração da volemia sendo útil para identificar complicações do quadro.
- (E) A indicação de intervenção cirúrgica deve ser precoce, ou seja, tão logo o paciente apresente o primeiro sinal de gravidade do quadro.
44. Com relação a decisões referentes à limitação de cuidados, é CORRETO afirmar:
- (A) É considerado ético não iniciar um tratamento como diálise em paciente com insuficiência renal ou ventilação mecânica em paciente com insuficiência respiratória desde que dois médicos julguem que não é para o benefício do paciente e que o paciente ou seu representante legal tenha sido esclarecido, compreenda e concorde.
- (B) É considerado ético e legal a suspensão de procedimentos sem benefício e que aumentem o sofrimento de pacientes no final da vida, no entanto, não é considerado ético ou legal a suspensão de medidas como prescrição de antibióticos, nutrição ou oxigênio.
- (C) Uma vez que terapias de suporte a vida como diálise ou ventilação mecânica sejam iniciadas, não é considerado ético a sua suspensão exceto na morte encefálica.
- (D) A extubação paliativa é considerada ilegal no Brasil exceto na morte encefálica.
- (E) A extubação paliativa, mesmo em quadros de morte encefálica, só deve ser feita com autorização de responsável legal documentada no prontuário do paciente.
45. No atendimento a um paciente vítima de incêndio, é CORRETO afirmar:
- (A) Deve-se suspeitar de lesão por inalação em pacientes inconscientes e/ou com queimaduras faciais. Deve-se evitar intubação dos mesmos realizando traqueostomia eletiva.
- (B) A ressuscitação volêmica inicial deve ser agressiva e pode ser guiada pela fórmula de Parkland que estima necessidade de 10-30ml/kg peso/área de superfície corporal queimada.
- (C) O uso de albumina, plasma ou outra solução colóide como opção de fluido de ressuscitação inicial estão indicados, em especial, em pacientes desnutridos, por minimizarem edema intersticial já exacerbado nesses casos.
- (D) Antibioticoterapia está indicada em pacientes considerados como grande queimado e deve ser iniciada na primeira hora após a chegada do paciente ao hospital.
- (E) A presença de queimaduras em extremidades ou na face ou lesão por inalação por si só já caracterizam o paciente como grave e representam indicação de internação do paciente.
46. Com relação à correção dos distúrbios de sódio, assinale a opção CORRETA.
- (A) A correção inadvertidamente rápida de uma hipernatremia crônica pode resultar em mielinólise pontina central.
- (B) A correção inadvertidamente rápida de uma hipernatremia crônica pode resultar em arritmia cardíaca.
- (C) A correção inadvertidamente rápida de uma hipernatremia crônica pode resultar em edema cerebral.
- (D) Em pacientes com hiponatremia grave, sódio sérico inferior a 125meq/L, mesmo na ausência de sinais ou sintomas neurológicos, está indicada a infusão de NaCl a 3% independente da volemia do mesmo.
- (E) Em pacientes com hiponatremia crônica severa, a prioridade deve ser restaurar a natremia adequada e, de forma subsequente, corrigir a volemia do paciente.

47. Com relação aos princípios éticos da prática médica, é CORRETO afirmar:
- (A) Como médico, independente de laços de amizade ou familiares com o paciente, você só pode ter acesso a qualquer informação do mesmo, caso seja seu médico assistente ou tenha solicitação e autorização expressa do mesmo ou de seu representante legal para tal. Não é considerada conduta ética a outorga dessas informações fora desse contexto.
 - (B) O paciente tem direito a saber o seu diagnóstico, exceto quando a família solicita que isso não seja feito pelo risco de não aceitação do quadro por parte do paciente.
 - (C) O cônjuge de um paciente com uma doença grave sexualmente transmissível, como a AIDS, pode ter acesso a essa informação mesmo sem a autorização do paciente.
 - (D) Como médico, quando solicitar, você tem o direito de ter acesso a áreas restritas de ambientes hospitalares independente de ser do corpo clínico do estabelecimento.
 - (E) Como médico, quando solicitar, você tem o direito de acessar informações sobre pacientes, dados de prontuários ou resultados de exames mesmo que não seja o médico responsável pelo paciente.
48. Paciente admitido na emergência após acidente automobilístico foi diagnosticado com fratura de fêmur direito, trauma torácico e trauma craniano grave. Ultrassonografia fast abdominal normal. Após admissão na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), recebeu ressuscitação volêmica com vários litros de solução cristaloide e foi poli transfundido. Após 24 horas, evoluiu com distensão abdominal e oligúria. Foi aferida a pressão intra-abdominal a qual estava em 20mmHg. Com relação ao aumento da pressão intra-abdominal observada nesse paciente, é CORRETO afirmar:
- (A) Não apresenta síndrome compartimental abdominal a qual se caracteriza pela presença de pressão intra-abdominal superior a 20mmHg.
 - (B) Apresenta síndrome compartimental grave caracterizada por nível de pressão intra-abdominal maior que 20mmHg e presença de disfunção orgânica (oligúria).
 - (C) Apresenta síndrome compartimental leve a qual não justifica a presença da oligúria, devendo-se pesquisar outra causa para a mesma.
 - (D) Apresenta síndrome compartimental secundária já que não tem lesão intra-abdominal. Sua presença deve-se provavelmente à reposição volêmica agressiva e politransusão e deve estar contribuindo para a disfunção renal observada.
 - (E) A pressão intra-abdominal elevada deve refletir níveis de pressões intratorácicas elevadas já que não houve lesões intra-abdominais.
49. Quanto ao diagnóstico de pneumonia grave, é CORRETO afirmar:
- (A) A procura do antígeno urinário para o diagnóstico de *Legionella pneumophila* torna-se positivo após vários dias do início da infecção e, portanto, é pouco útil no diagnóstico de pneumonia comunitária grave em pacientes de risco.
 - (B) O esfregaço de gram do escarro pode ser usado para guiar a antibioticoterapia empírica nos casos de pneumonia comunitária ou hospitalar.
 - (C) Testes sorológicos de rotina não são recomendados para o diagnóstico de pneumonia comunitária grave.
 - (D) Infecções pulmonares hospitalares devem ter a broncoscopia como método de rotina para a coleta de cultura do trato respiratório.
 - (E) Os resultados de culturas de trato respiratório qualitativas são confiáveis para indicar o descalonamento da terapia, e caso sejam negativas, indicam a suspensão do antibiótico e a procura de um diagnóstico alternativo.
50. Com relação à indicação de cuidados paliativos, é CORRETO afirmar:
- (A) Cuidados paliativos só devem ser considerados em pacientes que se encontram em fase terminal de sua doença.
 - (B) Cuidados paliativos devem ser iniciados em todo e qualquer paciente que apresente sinais de sofrimento independente de seu diagnóstico.
 - (C) Pacientes que se encaixam nos critérios de necessidade de cuidados paliativos não devem ser admitidos em unidades de terapia intensiva em nenhuma circunstância.
 - (D) Cuidados paliativos envolvem cuidados por equipe multidisciplinar e se dirigem tanto ao paciente como a sua família e só devem ocorrer quando existe equipe especializada para tal.
 - (E) Para que cuidados paliativos possam ocorrer, é necessária a autorização da família e documentação no prontuário.