



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIA MÉDICA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFPI - EDITAL 22/2015

Realização:



CADERNO DE QUESTÕES

PROGRAMAS COM PRÉ-REQUISITO MEDICINA INTENSIVA

DATA: 10/01/2016

HORÁRIO: das 08 às 10 horas

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

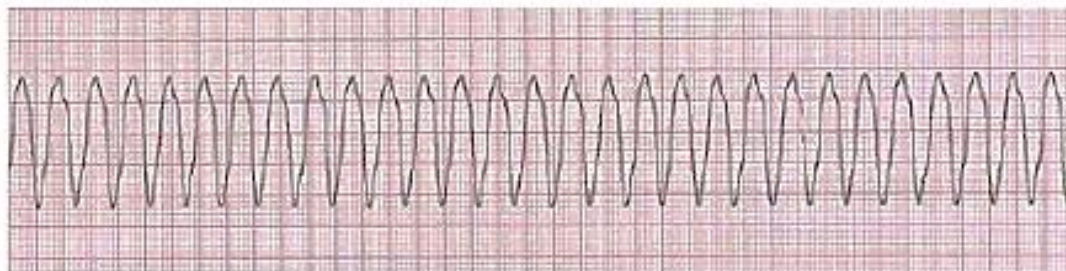
- ✘ Verifique se este CADERNO contém um total de 50 (cinquenta) questões do tipo múltipla escolha, com 5 (cinco) opções de respostas, das quais, apenas uma é correta. Se não estiver completo, solicite ao fiscal de sala outro Caderno de Provas. **Não serão aceitas reclamações posteriores.**
- ✘ O candidato 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. Com relação à pancreatite aguda, é CORRETO afirmar:
- (A) A causa mais comum é o uso de álcool, seguido por obstrução mecânica da ampola por cálculos biliares.
 - (B) Classificam-se como pancreatite leve aqueles casos em que há disfunção orgânica transitória (resolução em menos que 48 horas) sem complicações locais ou sistêmicas.
 - (C) A dor epigástrica intensa e de início súbito, com irradiação para o dorso, é sintoma comum na maioria dos pacientes; náuseas e vômitos são raros.
 - (D) Em cerca de 3% dos casos, a presença de equimoses periumbilicais ou em flancos é sugestiva de sangramento retroperitoneal em casos de necrose pancreática.
 - (E) Em pacientes com dor característica e elevação de três vezes ou mais nos valores de amilase e lipase séricas, faz-se necessário exame de imagem para confirmação de pancreatite aguda.
02. Paciente do sexo masculino, 46 anos, obeso, portador de insuficiência cardíaca, hipertensão, diabetes e dislipidemia é admitido na emergência com quadro de dispneia e dor torácica opressiva em hemitórax esquerdo com irradiação para o membro superior esquerdo. Eletrocardiograma realizado foi normal. Ao exame físico, apresentava-se consciente, orientado, dispneico, PA = 150/100 mmHg, FC 100 bpm, ausculta pulmonar com estertores crepitantes bilaterais até terço médio, boa perfusão periférica. Com relação ao quadro, assinale a opção que contém a melhor abordagem terapêutica para o paciente em questão nesse momento.
- (A) AAS, Clopidogrel, Enoxaparina, Nitroglicerina IV, Furosemida.
 - (B) AAS, Betabloqueador, Enoxaparina, Dobutamina, Furosemida.
 - (C) AAS, Clopidogrel, Captopril, Furosemida.
 - (D) Clopidogrel, Nitroprussiato de sódio, Dobutamina.
 - (E) Furosemida isoladamente.
03. Com relação à abordagem de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada, assinale a opção CORRETA.
- (A) Em pacientes com disfunção sistólica do ventrículo esquerdo conhecida, é desnecessária realização de novo ecocardiograma transtorácico.
 - (B) O uso de diuréticos de alça é medida sabidamente redutora de mortalidade nesses pacientes.
 - (C) A presença de sinais de baixo débito cardíaco, tais como pulso filiforme, oligúria, má perfusão periférica e alteração do nível de consciência, pode ser indicadora da necessidade do uso de inotrópico.
 - (D) Independente do perfil hemodinâmico do paciente faz-se necessária a utilização de vasodilatadores e diuréticos de alça.
 - (E) Devido à sua baixa sensibilidade e especificidade, não há necessidade de radiografia do tórax na abordagem desses pacientes.
04. Paciente em internação prolongada em UTI devido a AVC isquêmico, dependente de suporte ventilatório, com pneumonia associada à ventilação mecânica e choque séptico, apresenta cultura do aspirado traqueal positiva para *Klebsiella pneumoniae* produtora de ESBL, 100 000 UFC. O antibiograma mostra sensibilidade apenas a Meropenem, Imipenem, Cefoxitina, Ciprofloxacino, Amicacina, Colistina e Tigeciclina. Assinale a opção que mostra a antibioticoterapia mais adequada para o paciente em questão.
- (A) Polimixina B
 - (B) Amicacina
 - (C) Ciprofloxacino
 - (D) Tigeciclina
 - (E) Meropenem
05. Com relação à abordagem e manejo de pacientes com suspeita de tromboembolismo pulmonar (TEP), assinale a opção CORRETA.
- (A) Uma dosagem de D-dímero elevada confirma o diagnóstico e autoriza o início de anticoagulação.
 - (B) O uso de trombolíticos está sempre indicado na vigência de TEP confirmado, desde que não haja contraindicações pelo risco de sangramento.
 - (C) A presença de valores elevados de troponina descarta o diagnóstico de TEP, direcionando-o para uma provável síndrome coronariana aguda.
 - (D) Embora possa apresentar-se normal, a gasometria arterial mostra hipoxemia na maioria dos pacientes com TEP. Pode apresentar também alcalose respiratória e hipocapnia.
 - (E) Por sua alta especificidade, a cintilografia pulmonar permanece como exame padrão para o diagnóstico de TEP.

06. O diagnóstico eletrocardiográfico no traçado abaixo corresponde ao(à):



- (A) Bloqueio atrioventricular total.
 - (B) Bloqueio atrioventricular primeiro grau.
 - (C) Bloqueio atrioventricular segundo grau tipo I.
 - (D) Bloqueio atrioventricular segundo grau tipo II.
 - (E) Bradicardia sinusal.
07. Ao ser chamado para atender paciente em parada cardiorrespiratória na enfermaria, assinale a sequência de ações para ressuscitação cardiopulmonar (RCP) mais correta.
- (A) Confirmar falta de responsividade – pedir carrinho de parada – iniciar RCP e tão logo o carrinho chegue verificar se o ritmo é chocável e, caso seja, proceder com o choque em desfibrilação.
 - (B) Confirmar falta de responsividade – pedir carrinho de parada – iniciar RCP e, tão logo o carrinho chegue, administrar a primeira dose de Adrenalina 1 mg e choque em cardioversão sincronizada.
 - (C) Iniciar massagens cardíacas imediatamente – pedir carrinho de parada – e, tão logo o carrinho chegue, verificar se o ritmo é chocável e caso seja proceder com o choque em desfibrilação.
 - (D) Confirmar falta de responsividade – pedir carrinho de parada – iniciar RCP e, tão logo o carrinho chegue, proceder com a intubação orotraqueal.
 - (E) Confirmar falta de responsividade – pedir carrinho de parada – iniciar RCP e, tão logo o carrinho chegue verificar se o ritmo é chocável e, caso seja, proceder com o choque em desfibrilação e fazer primeira dose de amiodarona.
08. Você vai atender um paciente em parada cardiorrespiratória. O ritmo no monitor evidencia o traçado abaixo. A conduta indicada é:



- (A) Choque em desfibrilação com 300 J monofásico.
 - (B) Choque em desfibrilação com 100 J bifásico.
 - (C) Choque em cardioversão sincronizada com 360 J monofásico.
 - (D) Choque em cardioversão sincronizada com 200 J bifásico.
 - (E) Choque em desfibrilação 200 J bifásico.
09. Em pacientes com quadro de choque refratário à reposição volêmica adequada, devem-se pesquisar causas ocultas de choque. Dentre as causas possíveis, estão:
- (A) Perda oculta de sangue, pneumotórax, fratura esterno.
 - (B) Tamponamento, síndrome coronariana, tempestade tireoidiana.
 - (C) Síndrome coronariana, insuficiência adrenal, trauma raquimedular.
 - (D) Pneumotórax, tamponamento, excesso de drogas vasoativas.
 - (E) Vasoplegia excessiva, uso inadequado de drogas vasopressoras, trauma cranioencefálico.

10. Ao atender um paciente com reação anafilática, é CORRETO afirmar que:
- (A) O uso de adrenalina só está indicado caso haja colapso circulatório.
 - (B) O uso de hidrocortisona tem melhor eficácia que o de solumedrol nessas circunstâncias.
 - (C) Em pacientes chocados, a droga vasoativa de escolha é a dopamina.
 - (D) Devem-se evitar fluidos, pois esses pacientes podem desenvolver edema agudo de pulmão.
 - (E) Deve-se estar atento, pois essa resposta é bimodal, podendo apresentar novo pico de exacerbação após oito horas do evento inicial.
11. Na condução de pacientes com emergências hipertensivas, a droga endovenosa mais frequentemente utilizada no Brasil ainda é o Nitroprussiato de Sódio. A opção abaixo que representa efeito adverso do uso desta droga é:
- (A) Pode levar à intoxicação por cianeto em pacientes com insuficiência renal ou hepática.
 - (B) Acidose respiratória é um sinal precoce de intoxicação por seu uso.
 - (C) A presença de saturação venosa central alta é um sinal de intoxicação por seu uso.
 - (D) Pode causar excesso de fluxo coronariano precipitando arritmias.
 - (E) Pode causar diminuição da pressão intracraniana com roubo de fluxo cerebral.
12. Paciente abaixo que, respectivamente, tem indicação de intubação orotraqueal e início de ventilação mecânica está descrito não opção:
- (A) Paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica exacerbada e gasometria revela pH: 7,28; pCO₂: 60; bicarbonato: 30; PaO₂: 90; Sat O₂: 90%.
 - (B) Paciente com crise de asma, uso de musculatura acessória, FR: 35 rpm e gasometria arterial revela pH 7,28; PCO₂: 45; PaO₂: 100; Sat O₂ 92%.
 - (C) Paciente com pneumonia e gasometria revela pH: 7,33; pCO₂: 33; bicarbonato: 24; PaO₂: 90; Sat O₂: 89% ar ambiente.
 - (D) Paciente com acidente vascular cerebral e escala de coma de Glasgow de 9.
 - (E) Paciente durante crise convulsiva com saturação de O₂ 87% em ar ambiente.
13. Paciente chega ao pronto socorro com quadro de insuficiência respiratória aguda grave, presença de estridor após alimentar-se com camarão. Após duas tentativas de intubação inicial sem sucesso, a conduta mais indicada é:
- (A) Intubação retrógrada.
 - (B) Usar máscara laríngea e acionar a cirurgia para realização de traqueostomia.
 - (C) Usar combitube.
 - (D) Cricostomia percutânea imediatamente.
 - (E) Traqueostomia percutânea imediatamente.
14. Paciente chega ao pronto socorro com história de ter sofrido traumatismo cranioencefálico (TCE). Exame neurológico revela pupilas anisocóricas (D>E); aos estímulos álgicos o paciente localiza dor em dimídio direito, emite sons e não apresenta abertura ocular. A Escala de Coma de Glasgow (ECG) desse paciente e a classificação do TCE estão constando, respectivamente, na opção:
- (A) ECG: 7 - TCE grave
 - (B) ECG: 8 - TCE grave
 - (C) ECG: 8 - TCE moderado
 - (D) ECG: 9 - TCE moderado
 - (E) ECG: 9 - TCE leve
15. Paciente de 45 anos, agricultor, é trazido ao pronto socorro (PS) por familiares com história de vômitos e dispnéia progressiva. Ao chegar no OS, observa-se PA: 80/40mmHg; FC: 60; FR 30; Sat O₂: 88% e sialorreia. A opção abaixo que melhor define, respectivamente, o diagnóstico provável e conduta nesses casos é:
- (A) Síndrome colinérgica – Atropina
 - (B) Síndrome anticolinérgica – Pralidoxima
 - (C) Síndrome colinérgica – Adrenalina
 - (D) Síndrome serotoninérgica – Atropina
 - (E) Síndrome anticolinérgica – Adrenalina

16. Com relação ao uso de corticosteroide no atendimento de pacientes com trauma raquimedular (TRM) e/ou trauma cranioencefálico (TCE), é CORRETO afirmar:
- (A) Está indicado uso de corticosteroide em dose de pulso terapia no TRM e contraindicado no TCE.
 - (B) Está indicado uso de corticosteroide em dose de estresse no TRM e TCE.
 - (C) Está indicado uso de corticosteroide em dose de estresse com hidrocortisona apenas no TRM.
 - (D) Está contraindicado uso de corticosteroide no TCE e seu uso não é mais considerado terapia padrão no TRM.
 - (E) Está indicado uso de corticosteroide com solumedrol no TRM e no TCE grave.
17. Em pacientes com cetoacidose diabética, o melhor parâmetro para guiar a interrupção da insulina venosa contínua é:
- (A) Normalização do pH.
 - (B) Normalização da pCO₂.
 - (C) Normalização do bicarbonato.
 - (D) Normalização do anion gap.
 - (E) Normalização da glicemia.
18. Todas as opções abaixo representam contraindicações para trombólise no acidente vascular encefálico isquêmico, EXCETO:
- (A) Contagem de plaquetas inferior a 100.000/mm³.
 - (B) Apresentação do quadro de acidente vascular encefálico com crise convulsiva.
 - (C) Paciente em seu período menstrual.
 - (D) Acidente vascular encefálico grave demonstrado clinicamente (ex: escala NIHSS>25).
 - (E) Paciente apresentando rápida melhora do déficit inicialmente apresentado.
19. Com relação à realização do diagnóstico de morte encefálica, é CORRETO afirmar que:
- (A) Devem ser realizados dois exames clínicos por médicos neurologistas com espaçamento de 6 horas
 - (B) Exame complementar é exigido no Brasil mas o teste da apneia não é mandatório.
 - (C) Não existe amparo ético e legal para a suspensão das medidas de suporte em casos em que o paciente seja não-doador de órgãos.
 - (D) Caso confirmada a morte encefálica, existe amparo ético e legal para a suspensão das medidas de suporte independentemente da autorização da família.
 - (E) Casos nos quais o paciente possua prótese ocular inviabilizando realização dos reflexos de tronco cerebral, o protocolo de morte encefálica pode ser concluído mediante exames como arteriografia cerebral documentando ausência de fluxo cerebral.
20. Entre os antimicrobianos abaixo, o que está associado mais frequentemente à pancitopenia é:
- (A) Vancomicina.
 - (B) Linezolida.
 - (C) Daptomicina.
 - (D) Polimixina.
 - (E) Tigeciclina.
21. No atendimento a uma vítima de intoxicação exógena, é CORRETO afirmar que:
- (A) Lavagem gástrica é eficaz na maior parte dos quadros de intoxicação e não oferece riscos.
 - (B) Deve-se sempre realizar gasometria arterial, eletrocardiograma e dosagem de eletrólitos nesses pacientes.
 - (C) A maioria dos casos possui antídoto específico sendo, portanto, essencial a identificação do agente específico que causou a intoxicação.
 - (D) Lavagem intestinal é eficaz como forma complementar à remoção da maioria dos tóxicos ingeridos.
 - (E) O uso de carvão ativado está indicado em todas as intoxicações exógenas por ingestão de drogas.
22. Com relação à prevenção de infecções hospitalares, é CORRETO afirmar que:
- (A) A lavagem de mãos é sempre superior ao uso de álcool gel.
 - (B) A lavagem de mãos é superior ao álcool gel nos casos de pacientes com diarreia por *clostridium difficile*.

- (C) A associação da lavagem de mãos com clorexidina é mais eficaz do que com sabão comum.
- (D) Na maioria dos casos, o uso de álcool gel não substitui a lavagem de mãos e deve ser considerado como medida complementar.
- (E) Diante da gravidade recente das infecções hospitalares, a lavagem de mãos deve incluir higienização de todo o antebraço.
23. Com relação às medidas de paramentação da equipe médica na UTI, assinale a opção CORRETA.
- (A) Todos os profissionais devem idealmente usar roupa apropriada dentro da UTI, o que inclui bata, gorro, máscara e propés.
- (B) Todos os visitantes devem utilizar bata, gorro, máscara e propés para sua própria proteção e dos pacientes.
- (C) O uso de paramentação adicional (bata, luvas, máscaras etc) dos profissionais bem como de familiares está indicado apenas quando o paciente se encontra em isolamento de contato e ou respiratório.
- (D) Idealmente devem-se usar luvas de procedimentos para examinar os pacientes
- (E) O uso de adereços nas mãos só podem ser tolerados com uso concomitante de luvas de procedimentos de forma contínua.
24. No tratamento do infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST, pode-se afirmar:
- (A) Prefere-se utilizar o beta-bloqueador pela via oral nas primeiras 24 horas, reservando-se a via endovenosa para casos selecionados.
- (B) A amiodarona representa o anti-arrítmico de escolha para prevenir fibrilação ventricular nas primeiras 48 horas.
- (C) A heparina não-fracionada é superior à heparina de baixo peso molecular no tratamento adjuvante da terapia com fibrinolítico.
- (D) Estatinas devem ser iniciadas em todos os pacientes, exceto os com lipidograma baixo na internação.
- (E) Os fibrinolíticos são contraindicados nos pacientes com sangramento ativo ou diástase hemorrágica (exemplo menstruação).
25. Com relação ao uso de nitrato em casos de síndromes coronarianas agudas, todas as opções abaixo estão corretas, EXCETO:
- (A) Deve ser evitado nos pacientes com suspeita de infarto de ventrículo direito.
- (B) Deve ser evitado se o paciente utilizou sildenafil nas últimas 24 horas.
- (C) Deve ser usado precocemente nos casos de alto risco, por reduzir a mortalidade.
- (D) Deve ser evitado se houver decréscimo de PAS \geq 30 mmHg.
- (E) Deve ser evitado nos pacientes com frequência cardíaca acima de 100 ou abaixo de 50 bpm.
26. Todas as opções abaixo representam possíveis causas de hipoglicemia, EXCETO:
- (A) Insuficiência adrenal.
- (B) Uso de hipoglicemiantes orais e disfunção renal.
- (C) Interrupção abrupta de NPT.
- (D) Insuficiência hepática fulminante.
- (E) Uso de drogas vasoativas.
27. Com relação ao uso do propofol como sedativo, é CORRETO afirmar que:
- (A) Está associado a um maior risco de contaminação bacteriana.
- (B) Causa menos instabilidade hemodinâmica que os demais sedativos.
- (C) Além de promover sedação tem também efeito analgésico.
- (D) É droga de primeira escolha para sedação de pacientes com hipertensão intracraniana, pois tem meia vida longa e diminui a pressão intracraniana.
- (E) Seu uso prolongado esta associado à intoxicação por cianeto em pacientes com insuficiência renal.
28. Perfil hemodinâmico que melhor caracteriza um quadro de choque obstrutivo é:
- (A) Pré-carga aumentada – Débito cardíaco diminuído – Contratilidade aumentada – Resistência Periférica diminuída.
- (B) Pré-carga diminuída – Débito cardíaco diminuído – Contratilidade diminuída – Resistência Periférica aumentada.

- (C) Pré-carga aumentada – Débito cardíaco normal – Contratilidade normal – Resistência Periférica aumentada.
- (D) Pré-carga normal – Débito cardíaco diminuído – Contratilidade normal – Resistência Periférica aumentada.
- (E) Pré-carga aumentada – Débito cardíaco diminuído – Contratilidade normal – Resistência Periférica aumentada.
29. A melhor maneira de confirmar lesão de diafragma em paciente com ferimento penetrante na transição tóraco-abdominal é:
- (A) Radiografia simples de tórax em duas incidências.
- (B) Tomografia de tórax e abdome com contraste endovenoso.
- (C) Videolaparoscopia ou toracoscopia.
- (D) Exploração digital.
- (E) Radiografia de abdome com contraste iodado por via oral ou por sonda orogástrica.
30. Situação associada com a mudança da curva de dissociação de oxigênio-hemoglobina resultando em maior afinidade da hemoglobina pelo oxigênio é:
- (A) Hipercapnia.
- (B) Altas altitudes.
- (C) Hipertermia.
- (D) Aumento de 2,3 Difosfoglicerato (2,3 DPG).
- (E) Alcalose.
31. Com relação à condução de pacientes com dissecção de aorta na emergência, é CORRETO afirmar que:
- (A) O controle dos níveis de pressão diastólica é mais importante que o controle dos níveis de pressão sistólica.
- (B) O controle da frequência cardíaca é essencial para evitar progressão da dissecção.
- (C) O nitroprussiato de sódio é a droga de escolha para estes casos.
- (D) Quando a dissecção acomete a aorta ascendente, o tratamento conservador tem melhores resultados.
- (E) Em casos em que a dissecção de aorta ascendente acomete as coronárias, está indicada a anticoagulação.
32. Paciente de 34 anos, 90 kg com história de *diabetes mellitus* do tipo I mal controlada é internada com febre, alteração do estado mental e edema de membro superior depois de sofrer um corte na mão enquanto trabalhava 24 horas antes da internação. Ao exame, observa-se que o membro superior direito tem eritema, gangrena cutânea e ar nas partes moles. Os sinais vitais são FR de 32 resp/minuto, PA de 75/38 mm Hg, PA média (PAM) de 44 mm Hg e FC de 132 bat/min. Sua saturação de oxigênio (SpO₂) é de 92% no ar ambiente. Ela parece estar desorientada, e a investigação laboratorial revela glicose de 460 mg/dL (13,9 mmol/dL), contagem de leucócitos de 23,4 X 10³/L e hemoglobina de 12 g/dL. A melhor conduta terapêutica nessa situação é:
- (A) Colher culturas e iniciar antibioticoterapia em menos de uma hora, iniciar dopamina e infusão de soro fisiológico em bolus para obtenção de PAM de, pelo menos, 60mmHg.
- (B) Colher culturas e iniciar antibioticoterapia em menos de três horas, iniciar noradrenalina e infusão de ringer lactato para obtenção de PAM de, pelo menos, 70mmHg.
- (C) Colher culturas e iniciar antibioticoterapia em menos de uma hora, iniciar fluídos cristaloides em bolus para obtenção de PAM de, pelo menos, 60mmHg e, se necessário, iniciar Noradrenalina. Dosar lactato na admissão e de forma seriada.
- (D) Colher culturas e iniciar antibioticoterapia em menos de três horas, iniciar noradrenalina e infusão de soro fisiológico em bolus para obtenção de PAM de, pelo menos, 60mmHg. Fazer dose *stress* de hidrocortisona em até uma hora da admissão.
- (E) Colher culturas e iniciar antibioticoterapia em menos de uma hora, iniciar dopamina e infusão de solução cristalóide ou coloide em bolus para obtenção de PAM de, pelo menos, 60mmHg. Monitorar pressão venosa central e a medida da saturação venosa central de oxigênio.

33. A tomografia cerebral abaixo foi realizada sem contraste em paciente com trauma crânio encefálico grave. O diagnóstico é:



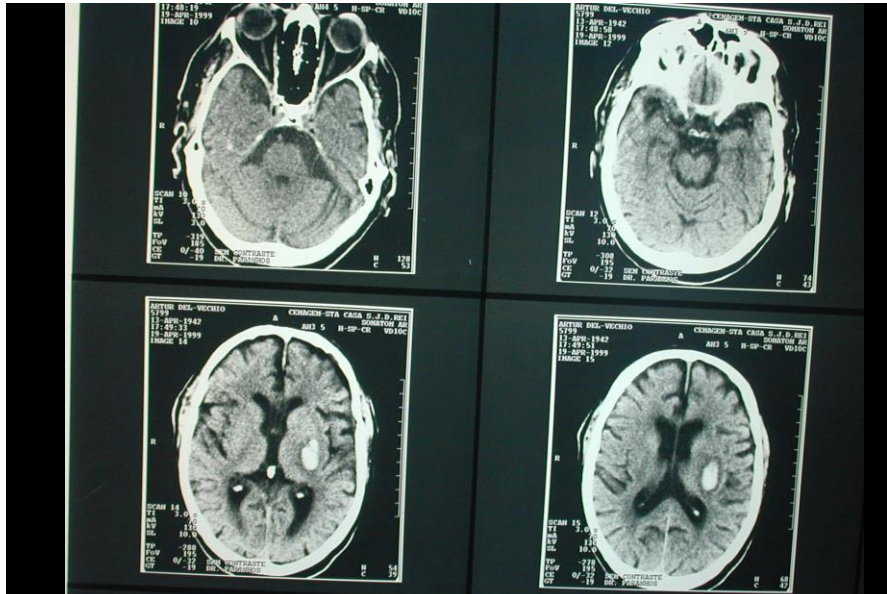
- (A) Hemorragia intraparenquimatosa + hematoma subdural crônico.
(B) Hemorragia subaracnoidea + hematoma epidural.
(C) Hematoma subdural agudo + hematoma epidural agudo.
(D) Hemorragia subaracnoidea + Hematoma subdural agudo.
(E) Hematoma extradural + Lesão axonal difusa.
34. Paciente do sexo feminino, 45 anos, no 4º PO de colecistectomia eletiva, apresentando: PA: 120/60mmHg; Temperatura: 38,5°C; FC: 120 bpm; FR: 30irpm; Sat O₂: 96% e leucocitose (17.800/mm³). A paciente está confusa, oligúrica e com lactato sérico de 4mmol/L (normal < 2,0mmol/L). Tomografia computadorizada de abdome evidenciou uma coleção subfrênica. Enquanto aguarda laparotomia, amostras sanguíneas foram colhidas e enviadas para cultura no laboratório de microbiologia. Neste momento, o quadro sintômico apresentado pela paciente acima é mais apropriadamente designado por:
- (A) Choque séptico.
(B) Sepses.
(C) Sepses severa.
(D) Bacteremia.
(E) Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS).
35. Em relação à injúria pulmonar causada por transfusão de hemoderivados (TRALI), assinale a opção CORRETA.
- (A) Aparece dentro de 48 horas após transfusão de hemoderivados.
(B) Qualquer hemoderivado pode causar TRALI, inclusive albumina.
(C) Plaquetas randômicas causam TRALI mais frequente comparado com plaquetas retiradas por plasmaférese.
(D) Esta correlacionada a antecedentes familiares.
(E) Pode ser prevenida com uso de corticosteroide prévio à transfusão.
36. Paciente de 65 anos procura serviço médico com dor abdominal em cólica em hipocôndrio direito há 5 dias, associada a náuseas e vômitos, icterícia e colúria. Não sabe se teve febre. Nega calafrios. Diz que emagreceu 3 kg no último ano. É diabética, fazendo controle irregular. Apresenta estado geral regular, icterícia 2+/4. FC: 75 bpm. PA: 155 x 95 mmHg. Abdome globoso, flácido, sem massas palpáveis. Dor à palpação de mesogástrico. Murphy negativo. Além de hemograma, dosagem de amilase sérica e bilirrubinas, a investigação inicial desta paciente deve incluir:
- (A) Ultrassonografia endoscópica.
(B) Tomografia de abdome sem contraste.
(C) Tomografia de abdome com contraste oral e venoso.

- (D) Colangioressonância.
- (E) Ultrassonografia de abdome superior.

37. Em pacientes cirróticos, a classificação de Child-Pugh estratifica o risco baseado nos seguintes critérios:

- (A) albumina, bilirrubina total, tempo de protombina/INR, ascite e encefalopatia hepática.
- (B) proteína total, bilirrubina total, TAP, cirrose e varizes de esôfago.
- (C) transaminases hepáticas, vitamina K e presença de hemorragia digestiva.
- (D) transaminases hepáticas, fosfatase alcalina, e vitamina K.
- (E) ascite, encefalopatia hepática, TAP, transaminases hepáticas e bilirrubinas.

38. Analise as imagens tomográficas abaixo e identifique a situação clínica mais provável para o caso:



- (A) Paciente hipertenso, com uso irregular de anti-hipertensivo, em coma, com postura de decerebração.
- (B) Paciente hipertenso, com uso irregular de anti-hipertensivo, consciente, com hemiplegia direita, completa e desproporcionada.
- (C) Paciente hipertenso, com uso irregular de anti-hipertensivo, consciente, afásico, com hemiplegia direita completa e desproporcionada.
- (D) Paciente hipertenso, com uso irregular de anti-hipertensivo, em coma, com postura de decorticação.
- (E) Paciente hipertenso, com uso irregular de anti-hipertensivo, em coma, em estado de mal epilético.

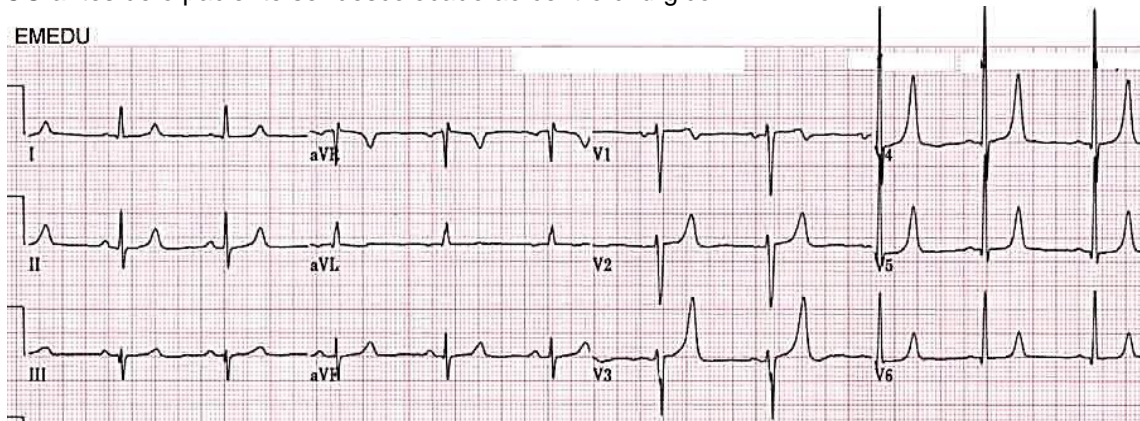
39. Paciente apresenta os seguintes dados laboratoriais: gasometria com pH 7,30; pCO₂: 28 e bicarbonato: 15. Dosagem de sódio:145; cloro: 100 e albumina de 3.5. O diagnóstico ácido-base do paciente é:

- (A) Acidose metabólica ânion gap normal e acidose respiratória.
- (B) Alcalose respiratória e acidose respiratória.
- (C) Acidose metabólica ânion gap elevada e alcalose respiratória.
- (D) Acidose metabólica hiperclorêmica e alcalose respiratória.
- (E) Acidose metabólica ânion gap elevado e hiperventilação compensatória.

40. A causa mais comum de hipoxemia no período pós-operatório é:

- (A) Atelectasia.
- (B) Aspiração de vômito.
- (C) Edema agudo de pulmão.
- (D) Exacerbação de asma.
- (E) Embolia pulmonar.

41. Paciente 56 anos, coronariopata, grande queimado com 60% superfície, vai ser submetido à anestesia para a correção de fratura exposta do fêmur esquerdo. O médico anesthesiologista solicita que, se possível, você faça um ECG antes de o paciente ser descolocado ao centro cirúrgico.



Baseado nas alterações observadas no ECG acima, o que você deveria solicitar antes de encaminhar o paciente ao CC e, ao mesmo tempo alertaria o colega em relação à utilização de qual droga específica:

- (A) dosagem de potássio/succinilcolina.
 (B) dosagem de potássio/cisatracúrio.
 (C) dosagem de cálcio/succinilcolina.
 (D) dosagem de potássio/etomidato.
 (E) dosagem de enzimas cardíacas/etomidato.
42. Nas situações em que o óbito ocorreu em ambulância, deve preencher a declaração de óbito:
- I. Estando presente, é responsabilidade do médico que atua em serviço de assistência pré-hospitalar ou remoção quando a causa da morte for natural;
 - II. Em caso de não haver médico na ambulância e o óbito ocorreu sem assistência médica, o corpo deve ser encaminhado ao serviço de verificação de óbito;
 - III. Sempre que o médico estiver presente, a declaração de óbito deve ser assinada, independente se foi morte natural ou morte por causas externas;
 - IV. O médico que atua em serviço de assistência pré-hospitalar ou remoção não deve assinar a declaração de óbito quando este ocorreu na ambulância independente da causa.
- (A) Somente III está correto.
 (B) Somente IV está correto.
 (C) Somente I e II estão corretos.
 (D) Somente II e III estão corretos.
 (E) Nenhum item está correto.
43. Paciente de 30 anos com diabetes tipo I procurou o pronto socorro com queda do estado geral, fraqueza e poliúria. Exame físico: hálito cetônico, desidratação +++/4+. Exames laboratoriais: glicemia 398 mg/dL, sódio 141 mEq/L, potássio 3,5 mEq/L, cetonúria +++/4+, pH 7,02, pressão parcial de oxigênio=95 mmHg, pressão parcial de CO₂ 28 mmHg, bicarbonato 13 mEq/L. Assinale a opção com a melhor conduta terapêutica inicial:
- (A) Hidratação soro fisiológico 0,9%, reposição de bicarbonato e insulina regular EV.
 (B) Hidratação soro fisiológico 0,9%, reposição de potássio, bicarbonato e insulina regular EV.
 (C) Hidratação soro fisiológico 0,45% e reposição de insulina regular EV.
 (D) Hidratação soro fisiológico 0,9%, reposição de potássio e insulina regular EV.
 (E) Hidratação ringer lactato, reposição de bicarbonato e insulina regular EV.
44. Com relação ao uso de hemoderivados, é CORRETO afirmar que:
- (A) Está indicada a transfusão de concentrado de hemácias quando os níveis de hemoglobina forem inferiores a 9mg/dL.
 (B) Está indicada a transfusão de plasma fresco, quando o TAP estiver abaixo de 50%.
 (C) Está indicada a transfusão profilática de plaquetas, quando os níveis de plaquetas estiverem abaixo de 50.000.
 (D) Quando indicado, a dose de plasma fresco deve ser de 10-20ml/Kg peso do paciente.
 (E) Quando indicado, a dose de plaquetas deve ser de 10-20ml/Kg de peso do paciente.

45. Paciente mulher, 36 anos, tem diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico há 6 anos. Em exame de rotina, está assintomática, mas apresenta um sopro sistólico audível em foco mitral. Foi realizado ecocardiograma que revelou uma vegetação na válvula mitral. A opção CORRETA é:
- (A) As hemoculturas provavelmente virão com resultados negativos, visto que têm baixa sensibilidade nestes casos.
 - (B) O tratamento com glicocorticoides causa uma melhora nesta condição clínica.
 - (C) A lesão tem baixo risco para embolização.
 - (D) A paciente faz uso clandestino de drogas ilícitas.
 - (E) É frequente a presença concomitante de pericardite.
46. A insuficiência renal aguda é responsável por 8% das internações em hospital geral. Um homem de 52 anos, com história de tabagismo. Diabético, dislipidemia e hipertenso. Foi submetido a uma cirurgia de emergência para colecistite aguda. As seguintes condições que predisõem este paciente à lesão renal aguda no pós-operatório constam na opção:
- (A) Diabetes *Melitus* e procedimento de emergência.
 - (B) Dislipidemia, procedimento abdominal e idade maior que 50 anos.
 - (C) Idade acima de 40 anos, procedimento abdominal e cirurgia de emergência.
 - (D) Diabetes *Melitus*, idade acima de 40 anos e cirurgia de emergência.
 - (E) Abuso de tabaco, dislipidemia e procedimento abdominal.
47. O transplante renal é atualmente a melhor terapia de substituição renal, com sobrevida do enxerto superior a 10 anos, quando de doador vivo. Paciente do sexo feminino, transplantada há 6 meses, admitida no serviço de urgência com quadro de insuficiência respiratória, febre, PA – 90/50 mmHg e FC = 120 bat/min. Tem raio X de tórax – com infiltrado intersticial em 1/3 médio do hemotórax direito. A melhor conduta para esta paciente é:
- (A) Coleta de culturas, entubação orotraqueal, volume, levofloxacina endovenosa, visto que a paciente é procedente do domicílio.
 - (B) Coleta de culturas, suporte ventilatório, ressuscitação volêmica, antibiótico empírico com cobertura para gram negativo, gram positivo, antifúngicos e antiviral.
 - (C) Ventilação não invasiva, volume, ceftriaxona e claritromicina.
 - (D) Suporte ventilatório, suporte hemodinâmico e antibiótico com cobertura para gram negativo e anaeróbios.
 - (E) Coleta de culturas, entubação orotraqueal, suporte hemodinâmico e sulfametoxazol-trimetropin endovenoso.
48. Em pacientes admitido em hospital geral ou especializado com quadros infecciosos e necessidade de antibióticos, faz-se necessário ajuste de doses através de clearance de creatinina estimado. Em paciente de 80 anos, com 40 kg e creatinina sérica de 0,85 mg/dl (valor normal (0,6 -1,2 mg/dl)), tem um clearance de creatinina estimado em:
- (A) Normal.
 - (B) 45% do normal.
 - (C) 60% do normal.
 - (D) Abaixo de 20% do normal.
 - (E) 30% do normal.
49. Paciente de 42 anos, portador de diabetes insipidus nefrogênico. Os distúrbios eletrolíticos mais frequentes nesta situação são
- (A) Hiponatremia e hipercalcemia.
 - (B) Hipocalcemia e hiperpotassemia.
 - (C) Hipocalcemia e hipopotassemia.
 - (D) Hipercalcemia e hipopotassemia.
 - (E) Hipocalcemia e hipernatremia.

50. A encefalopatia hepática é uma complicação de lesões hepáticas agudas ou crônicas. Pode ter causas infecciosas, metabólicas ou obstrutivas. Em relação à encefalopatia hepática na hepatite fulminante, é CORRETO afirmar:
- (A) Deve-se utilizar manitol profilático na dose de 0,5 a 1g/kg.
 - (B) A presença de descerebração, alteração do diâmetro da pupila ou crise convulsiva, tem relação com o nível da pressão intracraniana.
 - (C) O edema cerebral é reconhecido quando a pressão intracraniana excede 30 mmHg.
 - (D) O edema cerebral está presente em 40% dos pacientes com encefalopatia grau 4.
 - (E) A monitorização da pressão intracraniana somente está indicada quando há sinais clínicos de hipertensão intracraniana.