



HOSPITAL E
MATERNIDADE
THEREZINHA DE
JESUS

Fundado em 1926
Entidade Filantrópica

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - HMTJ
PROVA DE SELEÇÃO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2011

Data: 13/11/2010 - sábado
Local: Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus - HMTJ
Endereço: Rua Dr. Dirceu de Andrade, 33 – São Mateus – Juiz de Fora/MG
Salas 106/107
Horário: 08:30 às 11:00 horas

REGULAMENTO

Leia atentamente as seguintes instruções:

- 1) Você receberá do fiscal o seguinte material:
 - a) Um cartão de respostas destinado à marcação da opção que julgar acertada em cada pergunta;
 - b) Um caderno com o enunciado das 50 (cinquenta) questões e respectivas opções, sem repetição ou falha.
- 2) Verifique se este material está em ordem. Ocorrendo dúvidas, notifique imediatamente ao fiscal.
- 3) Para cada uma das questões são apresentadas 4 (quatro) alternativas classificadas com as letras a),b),c),d); somente uma alternativa responde ao quesito proposto. Você só deve assinalar uma resposta; a marcação de mais de uma alternativa no cartão, anula a questão, mesmo que uma delas esteja correta.
- 4) As questões são identificadas pelo número que se situa junto ao seu enunciado.
- 5) Preencha **completamente o retângulo** correspondente a letra escolhida, com caneta esferográfica com tinta **azul ou preta**.
- 6) Tenha muito cuidado com o cartão de respostas para não dobrá-lo, amassá-lo ou manchá-lo em nenhuma hipótese será fornecido um substituto. **NÃO É PERMITIDO O USO DE CORRETIVO, NEM RASURAS.**
- 7) Sob a carteira somente será permitido o documento de identificação, ficha de inscrição, caneta e borracha.
- 8) Ao terminar a prova, entregue ao fiscal o caderno de questões e o cartão de respostas assinado.
- 9) Boa prova.

ATENÇÃO

Condição de anulação da prova:
Retângulos preenchidos à lápis ou caneta hidrocor.
É proibido portar quaisquer aparelhos eletrônicos, mesmo desligados, incluindo relógio, computadores de mão, calculadoras, telefones celulares, etc.
A comprovação do porte de qualquer equipamento eletrônico pelo candidato resultará em sua eliminação do processo seletivo.

- 1) Paciente dá entrada na UTI com quadro de dor abdominal intensa, irradiada para o dorso e síncope. Paciente apresenta-se hipertenso, taquicárdico e pálido. À palpação abdominal há massa pulsátil evidente. Frente aos sinais clínicos podemos afirmar:
- a) Diagnóstico provável de aneurisma de aorta roto. Faz-se necessário tratamento operatório de urgência. O paciente necessitará controle da pressão arterial e frequência cardíaca com nitroprussiato de sódio e beta bloqueador.
 - b) Diagnóstico provável de aneurisma de aorta roto. Não faz-se necessário tratamento operatório de urgência. Evitar controle da pressão arterial e frequência cardíaca com nitroprussiato de sódio e beta bloqueador pelo risco de hipotensão e arritmia.
 - c) Diagnóstico provável de aneurisma de aorta roto. Faz-se necessário tratamento operatório de urgência. Evitar controle da pressão arterial e frequência cardíaca com nitroprussiato de sódio e beta bloqueador pelo risco de hipotensão e arritmia.
 - d) Diagnóstico provável de aneurisma de aorta roto. Faz-se necessário tratamento operatório de urgência. Controle da pressão arterial e frequência cardíaca deverão ser feito com nifedipina e amiodarona, pelo risco de arritmia.
- 2) Um paciente politraumatizado dá entrada na UTI e apresenta na avaliação primária taquicardia, sem hipotensão. Podemos afirmar que:
- a) provavelmente se trata de choque neurogênico
 - b) pode corresponder a sangramento com perda de sangue em quantidade inferior a 15%
 - c) não deve corresponder a perda de sangue, já que não há hipotensão. Deve corresponder provavelmente a trauma cardíaco com tamponamento
 - d) a taquicardia é conseqüência da agitação, do medo e da dor, não deve ser valorizada como sinal de sangramento na ausência de hipotensão
- 3) Paciente em quinto dia de pós-operatório de correção de fratura de fêmur apresenta edema e dor intensa em panturrilha direita com empastamento local. Sinal de Homan é positivo. Podemos afirmar:
- a) O diagnóstico de suspeita é de trombose venosa profunda; o exame de eleição é o ultrassom doppler de membros inferiores (duplex scan)
 - b) O diagnóstico de suspeita é de tromboflebite; o exame a ser realizado é a angiografia digital
 - c) O diagnóstico de suspeita é de linfedema; o exame a ser realizado é a linfangiografia
 - d) O diagnóstico de suspeita é de linfangite; o exame a ser realizado é a ressonância nuclear magnética de membros inferiores.

- 4) Paciente 54 anos, sexo masculino é encaminhado de outro serviço com quadro de pancreatite aguda grave há 3 semanas. Dá entrada na UTI com febre persistente, intubação orotraqueal e ventilação mecânica controlada a pressão, cateterismo vesical com oligúria, hemodinamicamente compensado em uso de noradrenalina. Os exames laboratoriais mostram leucocitose 24000, uréia 130, creatinina 2,1. a tomografia computadorizada de abdome mostra coleção peripancreática próxima ao corpo do pâncreas de dimensões 7x7x5, áreas de necrose de parênquima pancreático que atingem 70% do pâncreas. O radiologista refere que não é possível a punção guiada pela ultrassonografia ou tomografia do tecido pancreático em decorrência da interposição de alças intestinais. Paciente está em uso de cefalosporina de quarta geração (cefepime), ciprofloxacino e metronidazol há 12 dias. A conduta mais apropriada neste caso é:
- a) trocar os antibióticos por carbapenêmicos para evitar a cirurgia
 - b) cirurgia com necrosectomia e limpeza da cavidade peritoneal e retroperitoneo. Reservar carbapenemicos para falha ou insucesso do tratamento cirúrgico
 - c) trocar os antibióticos por carbapenemicos e submeter o paciente à necrosectomia
 - d) trocar antibióticos, ventilação prona, hemodiálise
- 5) Paciente politraumatizado (acidente de carro) com TCE, é submetido a tomografia computadorizada de crânio que mostra: hemorragia subaracnóide, lesão axonal difusa, “brain swelling” importante (inchaço cerebral). O parâmetro mais importante para prevenção de agravo à lesão neurológica (lesão secundária) é:
- a) medida da pressão intracraniana
 - b) medida da pressão arterial sistólica
 - c) medida da pressão arterial média
 - d) medida da pressão de perfusão cerebral
- 6) Um paciente cardiopata em sepse está monitorizado com cateter de Swan-Ganz. Entre as variáveis medidas encontramos a resistência vascular periférica muito reduzida, mas pressão arterial, frequência cardíaca e volume urinário normais com as medicações em uso (noradrenalina). A respeito disto pode-se afirmar:
- a) não é necessário elevar as doses de vasopressores
 - b) valores elevados de T4 e reduzidos de interleucina 6 são preditores de mortalidade. Associados a resistência vascular periférica reduzida predizem falência orgânica em progressão. Deve-se instituir dopamina em dose dopa para prevenção da função renal
 - c) deve-se elevar a infusão de noradrenalina para correção da resistência vascular periférica, pois sua redução prediz piora clínica progressiva e mortalidade.
 - d) instituir infusão de azul de metileno

7) Correlacionar as colunas sobre intoxicações exógenas e marque a opção correta:

- | | |
|--------------------------------|---------------------|
| A- chumbo | 1- oxigênio |
| B- opióides | 2- flumazenil |
| C- benzodiazepínicos | 3- naloxona |
| D- monóxido de carbono | 4- azul de metileno |
| E- nitritos, anilina, sulfonas | 5- EDTA cálcico |

- a) A5, B3, C2, D1, E4
- b) A4, B2, C3, D1, E5
- c) A5, B3, C2, D4, E1
- d) A5, B2, C3, D1, E4

8) A respeito de instituição de nutrição enteral precoce nos pacientes admitidos na UTI:

- a) está indicada nos politraumatizados, sépticos e queimados
- b) está indicada em todos pacientes submetidos à cirurgia de grande porte
- c) está indicada apenas nos pacientes neurológicos
- d) está indicada apenas nos pacientes desnutridos

9) Considere um paciente na UTI com os seguintes parâmetros gasométricos: pH=7,22; PaCO₂= 29; e HCO₃⁻= 12. Podemos afirmar que, muito provavelmente, o paciente é portador de:

- a) Acidose mista
- b) Acidose metabólica
- c) Acidose metabólica em fase inicial de compensação respiratória
- d) Acidose respiratória

10) Paciente grave, chega sem história prévia à UTI com Glasgow 9. Uma gasometria arterial mostra pH 7.24 e bicarbonato=9 mEq/l; e exames laboratoriais mostram sódio=128 mEq/l; cloro=101mEq/l.

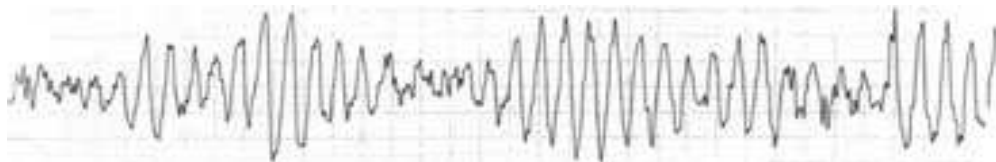
- a) o cálculo do ânion GAP mostra um valor maior que 16, sugerindo acúmulo de ácidos
- b) o cálculo do ânion GAP mostra um valor maior que 16, sugerindo perda de bases
- c) o cálculo do ânion GAP mostra um valor menor que 8, sugerindo acúmulo de ácidos
- d) o cálculo do ânion GAP mostra um valor menor que 8, sugerindo perda de bases

- 11)** Paciente submetida cirurgia de correção de aneurisma de aorta abdominal dá entrada na UTI. Após 6 horas apresenta-se dispnéico, hipotenso e oligúrico, sendo necessário intubação orotraqueal, uso de vasopressor e aumento do aporte de cristalóides. Após as medidas iniciais há controle do padrão ventilatório e a gasometria está normal, há estabilidade hemodinâmica, mas o paciente continua oligúrico. O abdome encontra-se tenso à palpação abdominal e o médico da UTI mede uma pressão intravesical de 26 mmHg. A melhor conduta é:
- a) Associar uso de colóides
 - b) Descompressão abdominal
 - c) Trocar noradrenalina por dopamina
 - d) Associar infusão contínua de furosemida para preservação da função renal
- 12)** São indicações de acesso venoso central, exceto:
- a) Infusão de drogas vasopressoras
 - b) Quimioterapia, hemodiálise e nutrição parenteral
 - c) Infusão rápida de soluções cristalóides em choque hipovolêmico
 - d) plamaferese
- 13)** A respeito do tratamento de um afogamento podemos afirmar, exceto:
- a) Sempre instituir antibioticoterapia precoce, pois aproximadamente 24% dos pacientes também aspiram vômitos e em 70% dos pacientes há evidência de aspiração de algas e lama.
 - b) Sempre instituir corticoterapia para redução da lesão do surfactante
 - c) A decisão sobre a indicação de transfusões, uso de diuréticos e restrição hídrica baseia-se basicamente na diferenciação entre afogamento de água doce e afogamento de água salgada.
 - d) A despeito do tipo de afogamento (água doce ou salgada) a infusão de volume deve ser feita preferencialmente com cristalóides
- 14)** Tendo em vista a gravidade dos pacientes internados na UTI, quais princípios bioéticos podemos infringir em benefício dos doentes:
- a) Beneficência e não-maleficência
 - b) Autonomia e justiça
 - c) Alteridade e prudência
 - d) Nenhum

- 15)** Paciente sexo masculino sem identificação é encontrado em via pública inconsciente e trazido ao hospital sendo encaminhado à UTI. Apresenta-se hipotermico (temperatura axilar 34 graus) e com Glasgow 3. Aplica-se o Protocolo de Morte Encefálica (dois exames com intervalo de 6 horas, sendo que um exame é realizado por neurologista, inclusive com realização do teste de apnéia) e procede-se a arteriografia do SNC (artéria carótida esquerda e direita) que mostra ausência de fluxo arterial. Pode-se afirmar:
- a) Estabeleceu-se o diagnóstico de morte encefálica e deve-se comunicar as equipes de transplantes responsáveis para programação da extração dos órgãos.
 - b) O diagnóstico de morte encefálica estabeleceu-se com erros técnicos e éticos e o paciente não deve ser encaminhado para doação de órgãos
 - c) Estabeleceu-se o diagnóstico de morte encefálica corretamente, mas o paciente não deve ser encaminhado a extração de órgãos e tecidos
 - d) Consiste em um caso especial e apenas uma decisão judicial poderá tornar o paciente um doador de órgãos.
- 16)** Podem ser considerados em morte encefálica os paciente que possuam, mesmo após completado corretamente o protocolo de morte encefálica, os seguintes sinais:
- a) deglutição
 - b) tosse
 - c) medular (sinal de Lazaro)
 - d) reflexos pupilares
- 17)** São considerados graves, os pacientes com pancreatite aguda possuidores de:
- a) insuficiência renal: com creatinina < 2mg/dL após rehidratação; e choque: com pressão sistólica < 80 mmHg
 - b) insuficiência respiratória: com PaO₂ > 60 mmHg (FIO₂: 21%)
 - c) coagulopatia: com plaquetas < 100.000 e fibrinogênio < 1 g/L
 - d) sangramento gastrointestinal: > 500 ml/24h

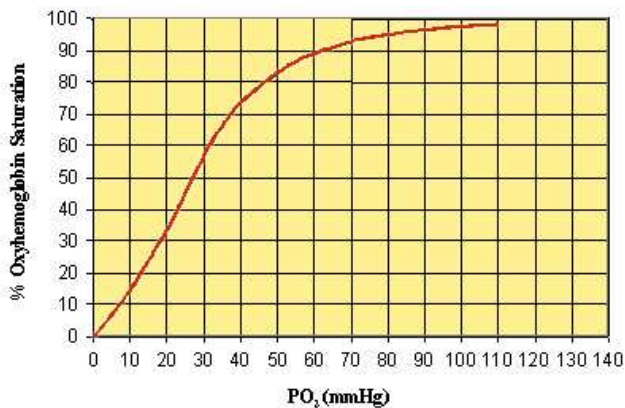
- 18)** Paciente encaminhado há 2 horas do centro cirúrgico após cirurgia de revascularização miocárdica (duas pontes safena e uma mamária) apresenta sangramento em ferida operatória e através dos drenos torácicos. O plantonista da UTI colhe exames de coagulação que mostram: aumento do tempo de sangramento, aumento do RNI e alargamento do TTPa, mas tempo de protrombina normal: Isto pode dever-se, exceto:
- a) efeito residual da heparina
 - b) insuficiência hepática
 - c) neutralização inadequada pela protamina
 - d) recirculação da heparina
- 19)** Dentre as medidas para controle da pressão intracraniana a mais deletéria é:
- a) sedação
 - b) hiperventilação
 - c) manitol
 - d) drenagem de líquor pelo cateter de medida da PIC
- 20)** Em um paciente em pós-operatório de transplante pulmonar as medidas preventivas para evitar hiperinsuflação do pulmão nativo com enfisema incluem:
- a) volume corrente maior que 10ml/kg
 - b) PEEP muito reduzida
 - c) tempo expiratório prolongado
 - d) desmame precoce do ventilador
- 21)** São medicações que elevam o nível sérico da ciclosporina, exceto:
- a) imipenem
 - b) cetoconazol
 - c) norfloxacino
 - d) amiodarona

22) Qual o tratamento do ritmo do ECG abaixo



- a) amiodarona
- b) bretílio
- c) sulfato de magnésio
- d) adrenalina

23) A respeito da curva de dissociação da oxihemoglobina.



A curva é desviada para direita com:

- a) redução da temperatura
- b) redução do 2-3 DPG
- c) redução do pH
- d) redução da PaCO₂

24) Qual medida é a mais importante no tratamento de um paciente com síndrome de embolia gordurosa

- a) suporte respiratório e cardiovascular
- b) aprotinina
- c) heparina
- d) corticoterapia

25) A respeito de pacientes em gestação que necessitam profilaxia de TVP é correto afirmar:

- a)** Pacientes com história pregressa de TVP/TEP: a recorrência em gestações subsequentes varia de 4% a 15%. Deve-se realizar profilaxia com Heparina não fracionada (7.500 a 10.000 UI SC 2x/dia) ou heparina de baixo-peso molecular (pacientes de alto risco).
- b)** As heparinas atravessam a placenta e apresentam efeito teratogênico.
- c)** Iniciar Warfarin 6 semanas antes do parto
- d)** Em decorrência da hemodiluição, o risco de TVP/TEP não justifica a utilização de heparina durante a gravidez

26) Paciente de 37 anos, sexo masculino refere início do quadro há 8 dias com tosse seca, febre 38°C e mal estar. Queixa dispnéia progressiva há 5 dias com piora da febre. Nega dor torácica e hemoptise. Nega tabagismo, etilismo ou uso contínuo de medicações. Exame físico: Hipocorado, dispnéico e cianótico. FC=110bpm; FR=38 ipm; PA: 90 x 60 mmHg; Tax= 39,8°C; SpO2=89% com máscara 5 L/min de oxigênio. Estertores crepitantes difusos bilateralmente. Gasometria arterial: pH:7,44; pO2:55mmHg; pCO2: 29mmHg; HCO3:22mEq/L; BE:- 4 mmol/L; SatO2=89%. Rx Torax: Infiltrado alveolar bilateral difuso. Os dados clínicos e exames complementares sugerem:

- a)** Síndrome do desconforto respiratório Agudo (SDRA): Relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$, temperatura axilar $> 38^\circ\text{C}$, infiltrado pulmonar bilateral
- b)** Síndrome do desconforto respiratório Agudo (SDRA): Relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200$, frequência cardíaca > 100 , PVC $> 12 \text{ cmH}_2\text{O}$
- c)** Síndrome do desconforto respiratório Agudo (SDRA): Relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$, temperatura axilar $> 38^\circ\text{C}$, frequência cardíaca $> 100 \text{ bpm}$
- d)** Síndrome do desconforto respiratório Agudo (SDRA): Relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200$, quadro de instalação aguda, infiltrado pulmonar bilateral

27) São medidas que fazem parte da estratégia protetora na SDRA:

- a)** VT (Volume corrente): 8 a 10 mL/Kg do peso ideal, pressão de platô até 30 cmH₂O e hipercapnia permissiva
- b)** VT (Volume corrente): 6 a 8 mL/Kg do peso ideal, recrutamento alveolar e inversão relação I:E
- c)** VT (Volume corrente): 6 a 8 mL/Kg do peso ideal, pressão de platô até 30 cmH₂O e hipercapnia permissiva
- d)** VT (Volume corrente): 8 a 10 mL/Kg do peso ideal, hipercapnia permissiva e uso da menor FiO₂ necessária para manter a SpO₂ $> 90\%$

28) São objetivos do tratamento da sepse grave nas primeiras 6 horas da chegada do paciente no hospital:

- a) Diurese $>0,5\text{mL}\backslash\text{Kg}\backslash\text{h}$, PVC=8 a 12 cmH₂O, saturação venosa central da hemoglobina $>70\%$
- b) Estimulo da diurese com diuréticos, PVC $>5\text{cmH}_2\text{O}$, PAM $>80\text{mmHg}$
- c) Diurese $>1,5\text{mL}\backslash\text{Kg}\backslash\text{h}$, saturação venosa central da hemoglobina $>70\%$, PAM $>65\text{mmHg}$
- d) Diurese $>0,5\text{mL}\backslash\text{Kg}\backslash\text{h}$, lactato normal, PAM $>80\text{mmHg}$

29) Paciente do sexo masculino, 61 anos, portador de doença pulmonar obstrutiva crônica há 6 anos em uso regular de formoterol inalado e teofilina além de salbutamol *spray* quando necessário, procurou o setor de emergência referindo piora da dispnéia habitual e nas últimas 2 horas a falta de ar tornou-se insuportável, sem melhora alguma mesmo com o uso da medicação inalada. Relata ainda tosse produtiva com expectoração amarelo-esverdeada e sibilância torácica. Nega febre. É etilista social e tabagista de um maço de cigarro por dia há 46 anos. Nega comorbidades e uso de outras medicações. Exame físico: regular estado geral, emagrecido, dispnéico, cianótico, agitado e exibindo estase jugular bilateral. FR=32ipm; aumento do diâmetro Antero posterior do tórax. Uso da musculatura acessória da respiração. Tiragem presente nos últimos espaços intercostais. Murmúrio vesicular diminuído difusamente, roncos esparsos. FC=100bpm; PA:100\70mmHg; ritmo cardíaco regular. Fígado palpável há 2cm do rebordo costal direito, edema em membros inferiores. A conduta inicial neste caso deve ser:

- a) Verificar oximetria de pulso; gasometria arterial em ar ambiente, Rx tórax, hemograma, função renal e eletrólitos
- b) Obter acesso venoso periférico e administrar corticóide *em bolus* e prescrever nebulização
- c) Iniciar oxigenioterapia com cateter nasal a 2L\min
- d) Todas as medidas acima

30) A gasometria do paciente do caso anterior foi: pH7,22; PaO₂:45mmHg; paCO₂:69mmHg; HCO₃:29; BE:+4,5; SaO₂:73%. Qual o parâmetro da gasometria arterial do paciente permite identificar melhor o quadro com exacerbação da DPOC:

- a) PaCO₂ $>60\text{mmHg}$
- b) BE $>+2$
- c) PaO₂ $<55\text{mmHg}$
- d) pH $<7,3$

- 31)** Em pacientes com exarcebação da DPOC, qual o broncodilatador mais indicado e a melhor forma de sua administração:
- a) Beta-2 agonista de curta duração sempre associado a anticolínicos sob a forma de nebulizador que leva a maior absorção das drogas
 - b) Beta-2 agonista de curta duração utilizando via endovenosa ou subcutânea
 - c) Beta-2 agonista de curta duração associado ou não a anticolínicos sob a forma de nebulizador ou *spray*
 - d) Metilxantinas via endovenosa
- 32)** Em relação ao uso de antibióticos em pacientes com DPOC exarcebada é correto:
- a) Os antibióticos devem ser utilizados em todos os pacientes com evidência clínica de infecção de via aérea, caracterizada principalmente por aumento do volume e purulência do escarro
 - b) Em pacientes com DPOC grave e exarcebações freqüentes, deve-se utilizar antibioticoterapia de amplo espectro pela possibilidade de colonização de microorganismos resistentes
 - c) Os antibióticos só devem ser utilizados em casos de infiltrados pulmonares detectados em radiografias de tórax ou na presença de cultura de escarro positiva para um determinado tipo de bactéria
 - d) A cultura de escarro é de fundamental importância para guiar o uso adequado de antibióticos, devendo ser solicitada em todos os pacientes que necessitem de internação
- 33)** Em qual das situações abaixo existe contraindicação absoluta ao uso de trombolíticos:
- a) A paciente encontra-se em fase de menstruação
 - b) Paciente sequelado de AVCI há 3 anos, com hemiplegia esquerda
 - c) Paciente apresenta-se com dor precordial irradiada para o dorso e diferença de pulso entre os membros superiores
 - d) Paciente reanimado com compressões torácicas por cerca de 5 minutos antes da chegada ao pronto socorro

- 34)** Paciente 50 anos chega ao pronto socorro com historia de dor precordial em aperto há 4 horas, sem irradiações. Antecedentes: tabagismo ativo, dislipidêmico. Exame físico: FC:80bpm; PA140x80mmHg; pulmões limpos; RCR. O ECG evidencia elevação do segmento ST de V1 a V4. Sabe-se que o tempo estimado para realização de cineangiocoronariografia neste hospital será de 2 horas. Qual a melhor conduta a ser tomada.
- a) Mediar com AAS, propranolol, suporte de oxigênio, nitroglicerina, clopidogrel, enoxaparina e tirofiban. Solicitar marcadores cardíacos e Rx de tórax. Realizar trombolítico caso se confirme marcadores de necrose.
 - b) Mediar com AAS, propranolol, suporte de oxigênio, nitroglicerina, clopidogrel e estroptoquinase sem atrasos. Transferir o paciente para a hemodinâmica caso não ocorram sinais de reperfusão.
 - c) Mediar com AAS, propranolol, suporte de oxigênio, nitroglicerina, clopidogrel, enoxaparina. Transferir o paciente para realização de cineangiocoronariografia com provável angioplastia primaria
 - d) Mediar com AAS, propranolol, suporte de oxigênio, nitroglicerina, clopidogrel e estroptoquinase sem atrasos. Transferir logo o paciente para realização de cineangiocoronariografia com provável angioplastia primaria
- 35)** Dos marcadores de lesão miocárdica abaixo, qual apresenta pico sérico mais precoce:
- a) CKMB massa
 - b) Mioglobina
 - c) Troponina
 - d) CKMB atividade
- 36)** Na suspeita de síndrome coronariana aguda, a primeira droga a ser administrada, antes mesmo da realização do ECG, é:
- a) Morfina
 - b) Trombolítico
 - c) Heparina
 - d) Aspirina
- 37)** Os avanços terapêuticos reduziram de forma significativa a mortalidade do IAM, contudo permanecem como principais causas de mortalidade:
- a) Edema agudo dos pulmões
 - b) Arritmias e choque cardiogenico
 - c) Falha em procedimento terapêutico
 - d) Infecção pós manipulação de emergência

- 38)** Um paciente masculino, 65 anos, hipertenso, apresentou dificuldade para verbalizar ao acordar, seguida de fraqueza no membro superior direito, de início súbito. Levado para atendimento emergencial em 1,5 hora. Fazia uso de AAS(200mg/dia), passado de IAM há 6 meses e AVC há 4 meses. NIHSS= 12. Assinale a alternativa correta.
- a) O diagnóstico é AVCI, o paciente deve realizar arteriografia para realização de trombolise intraarterial com rt-PA
 - b) Hemorragia subaracnoide é o provável diagnóstico, internação com hidratação, uso de nimodipina para evitar vasoespasmos e realização de angiografia
 - c) Provável doença cerebrovascular isquêmica, deve realizar tomografia obrigatória para confirmação diagnóstica, iniciada terapia antiagregante, e tem critérios de exclusão para terapia trombolítica intravenosa com rt-PA
 - d) Provável doença cerebral isquêmica, deve realizar tomografia obrigatória para confirmação diagnóstica e ser iniciada terapia trombolítica intravenosa com rt-PA
- 39)** Na presença de fibrilação atrial, qual dos fatores abaixo são preditores independentes para AVCI:
- a) Tabagismo e HAS
 - b) Diabetes mellitus e idade >75 anos
 - c) Dislipidemia e sedentarismo
 - d) HAS e obesidade
- 40)** Qual a alteração gasométrica mais prevalente, na apresentação inicial do paciente, que chega ao pronto socorro, com crise asmática.
- a) Hipoxemia
 - b) Alcalose metabólica
 - c) Alcalose respiratória
 - d) Acidose metabólica

- 41)** Paciente do sexo feminino, 28 anos, com antecedente de asma persistente moderada chega ao pronto socorro, com queixa de coriza hialina, associada a mialgia, Tax 37,8°C, iniciado há dias e aumento da dispnéia há 40 minutos. Relata ter sido submetida a intubação orotraqueal há 4 anos devido crise asmática. Exame físico: FC= 105 bpm, FR = 25ipm, PA = 120x80 mmHg, RCR sem sopros e murmúrio vesicular presente bilateralmente com silbilos inspiratórios e expiratórios difusos, com SatO₂ em ar ambiente de 92%. Após 1 hora de tratamento, apresenta os seguintes valores na gasometria arterial: pH = 7,28, pO₂ = 60mmHg, pCO₂ = 48mmHg, SatO₂ = 89% associado a diminuição do nível de consciência. A conduta mais importante a ser tomada neste momento é:
- a) Inaloterapia com beta2-agonista
 - b) Inaloterapia com beta2-agonista + brometo de ipatropio
 - c) Sedação e intubação orotraqueal
 - d) Ventilação não-invasiva
- 42)** Qual dessas medicações NÃO está indicada no tratamento da hipercalemia:
- a) Solução de insulina associada a glicose
 - b) Furosemida endovenosa
 - c) Poliestireno sulfonado
 - d) Sulfato de magnésio
- 43)** Em relação às bradicardias provocadas por intoxicação exógena, é INCORRETO afirmar:
- a) Marcapasso de demanda é uma terapia normalmente útil
 - b) Atropina 0,5 mg EV pode ser sempre indicada
 - c) Aporte hídrico com solução salina e vasopressores podem ser necessários
 - d) Infusão de glicose associada a insulina ou glucagon faz parte da terapia recomendada

44) Com relação ao choque séptico é CORRETO:

- a) A ventilação mecânica em pacientes intubados, deve ocorrer com volume corrente mais alto (13mL/Kg) e frequência respiratória mais baixa
- b) O uso de antibiótico precoce não deve ser prioridade
- c) As pressões de enchimento (pressão venosa central e pressão da artéria pulmonar ocluída) sempre refletem com segurança a resposta à administração de líquidos em pacientes sépticos
- d) O diagnóstico precoce (dentro das seis primeiras horas) é essencial para um melhor planejamento e conduta na sepse

45) Paciente sexo masculino, 59 anos, branco com relato de três episódios de vômitos com sangue associado a duas evacuações de grande volume enegrecidas e fétidas, há cerca de 36 horas. Refere o uso de medicamento (não se lembrava o nome) para dor lombar, há uma semana. Portador de hipertensão arterial sistêmica com uso regular de propranolol 40mg, 2 vezes ao dia. Nega diabetes mellitus, alergias ou outras doenças crônicas, assim como etilismo e tabagismo. Pai falecido de câncer de reto; mãe hipertensa. Exame físico: Hipocorado, desidratado, anictérico, afebril, prostado e sudoreico; FC = 92 bpm, PA = 90x60mmHg, FR = 24 ipm, Tax = 36°C, SO₂ = 97%, Pulmões limpos; abdome flácido indolor a palpação, ruídos hidroaéreos presentes e levemente aumentados. Toque retal indolor, presença de melena, em grande quantidade na ampola retal. Hemoglobina: 8g/dL, HTC: 25%, plaquetas: 350.000, atividade protrombina: 75%, RNI: 1,05. Assinale os diagnósticos etiológicos mais prováveis na ocasião da admissão desse paciente:

- a) Varizes de esôfago
- b) Síndrome de Mallory Weiss
- c) Úlcera péptica
- d) Lesão aguda da mucosa gástrica

46) Em relação ao caso anterior, qual o melhor momento para a realização do exame endoscópico:

- a) Após estabilização hemodinâmica
- b) No momento da admissão do paciente
- c) Após avaliação e indicação da equipe cirúrgica, uma vez que 80% das hemorragias cessam espontaneamente
- d) Se houver recidiva do sangramento, manifestada por hematemesa ou melena, ou ainda hipotensão

- 47)** Você encontra uma pessoa inconsciente. Após solicitar ajuda sua próxima conduta será:
- a) Iniciar as compressões torácicas
 - b) Desobstruir as vias aéreas e verificar respiração
 - c) Aplicar desfibrilador externo automático
 - d) Colocar um combitube para manter as ventilações
- 48)** Mulher de 60 anos apresenta PCR. O evento não foi testemunhado. O monitor revela ritmo de fibrilação ventricular. A conduta mais adequada deve ser:
- a) Amiodarona 300mg EV e continuar RCP por 3 minutos
 - b) Realizar 5 ciclos de RCP e fornecer um choque com energia bifásica 200J
 - c) Aplicar 03 choques escalonados de energia monofásica: 200, 300, 360 J
 - d) Administrar lidocaína 2mg/Kg
- 49)** Dos critérios abaixo, qual indica necessidade de internação em UTI para paciente com pneumonia comunitária.
- a) Uréia > 40mg/dL
 - b) Idade > 65 anos
 - c) Frequência respiratória > 25 ipm
 - d) $PaO_2/FiO_2 < 250$
- 50)** Podem ser consideradas causas de rabdomiólise todas as alternativas abaixo com exceção de:
- a) Uso de estatinas
 - b) Uso de aminoglicosídeos
 - c) Lesão por esmagamento
 - d) Cirurgia prolongada