

01. Homem, 55 anos, deu entrada na emergência, com dor torácica súbita e dispneia moderada. Realizou angiotomografia de tórax que evidenciou embolia pulmonar maciça. Ecocardiograma transtorácico apresentava movimento paradoxal do septo interventricular, disfunção do ventrículo direito e PSAP de 60 mmHg. Sem comorbidades prévias. Ao exame físico, apresentava PA: 90/60 mmHg, saturação periférica de O₂: 88%, ausculta pulmonar normal, extremidades mal perfundidas.

Qual deve ser o tratamento de escolha nesse momento?

- A) Enoxaparina
 - B) Alteplase
 - C) Filtro de veia cava
 - D) Dabigatrana
 - E) Warfarina
-

02. Um paciente 66 anos, hipertenso e diabético com albuminúria de 20 mg/g nas 24 horas e filtração glomerular estimada por fórmula em 75 mL/min/1,73 m². De acordo com a avaliação de doença renal crônica da KDIGO (*Kidney Disease Improving Outcome*), esse paciente seria classificado como

- A) G3aA3.
 - B) G1A1.
 - C) G3aA2.
 - D) G3bA1.
 - E) G2A1.
-

03. Um cirrótico do sexo masculino 63 anos chega à urgência com ascite, dor abdominal e febre há 10 dias. Na urgência, foi realizada uma paracentese para estudo que apresentou uma contagem de polimorfonucleares 580 cel/mm³, proteína total do líquido ascítico (LA) 0,9 g/dl e cultura do LA negativo.

Qual a conduta mais adequada nesse caso clínico?

- A) Observar a febre do paciente, pensando numa causa viral, pois a cultura do líquido ascítico foi negativa.
 - B) Aguardar 48 horas para repuncionar o LA, só devendo iniciar antibiótico, se a cultura do líquido ascítico for positiva.
 - C) Iniciar ceftriaxone 2 gramas EV 1x/dia por 5 dias.
 - D) Solicitar urocultura e hemocultura, pois a cultura do líquido ascítico foi negativa.
 - E) Fazer uma pulsoterapia com metilprednisolona.
-

04. Em relação à dengue, é INCORRETO afirmar que

- A) o tratamento da dengue é a hidratação.
 - B) para classificar o caso como forma hemorrágica da dengue (FHD), são necessários 4 critérios: sintomas, sangramento, hemoconcentração e plaquetopenia, sendo o ponto central, na FHD, a perda de plasma.
 - C) a FHD acontece, apenas, na segunda infecção por dengue.
 - D) rubéola e influenza fazem parte do diagnóstico diferencial da dengue.
 - E) a principal causa de óbito nos casos graves de dengue/FHD é o choque hipovolêmico por perda de plasma.
-

05. Homem de 70 anos chegou à urgência, com história de vômitos e diarreia há 6 dias. O médico suspeita de uma insuficiência renal aguda (IRA) pré-renal. Todas as alternativas abaixo são achados laboratoriais que podem ser encontrados na investigação da IRA pré-renal, EXCETO:

- A) excreção fracionada de sódio menor que 1%.
 - B) osmolalidade urinária igual 300 mosmol/Kg.
 - C) presença de cilindros hialinos no sumário de urina.
 - D) densidade urinária maior que 1020.
 - E) concentração urinária de sódio menor que 10 mEq/L.
-

06. Um residente de medicina encontra um adulto em parada cardiorrespiratória num shopping center e realiza o suporte básico de vida. Considerando essa situação e com base nas diretrizes da *American Heart Association 2015* para reanimação cardiopulmonar (RCP), todas as alternativas são corretas, EXCETO:

- A) Se identificou pulso ausente, informar imediatamente à Central de Regulação Médica, solicitando apoio (caso ainda não o tenha feito) e iniciar ressuscitação cardiopulmonar.
- B) A frequência de compressão é de 100 a 120/minuto.
- C) A profundidade da compressão é cerca de 2 a 3 centímetros.
- D) A relação compressão-ventilação sem via aérea é de 30:2.
- E) Compressões torácicas eficientes e de boa qualidade compreendem: mãos entrelaçadas, deprimir o tórax e permitir o completo retorno entre as compressões e, se possível, alternar o massageador a cada 2 minutos.

07. Um homem de 29 anos foi admitido na unidade de terapia intensiva, devido a uma febre iniciada há quatro dias, oligúria e tosse produtiva, evoluindo hoje com alteração do nível de consciência e hipotensão. Na admissão no pronto-socorro, apresentava-se com desorientação, pressão arterial inaudível, frequência cardíaca de 130 bpm, frequência respiratória de 24 irpm e saturação de oxigênio de 89% em ar ambiente e fez 35 mL/kg de solução cristalóide, tendo evoluído com pressão arterial de 90 x 40 (PAM 50) mmHg, frequência cardíaca de 120 bpm, frequência respiratória de 23 irpm e saturação de oxigênio de 90% em ar ambiente, mantendo desorientação temporoespacial. Foi coletada gasometria arterial que mostrou: pH-7,20; pO₂-65; pCO₂-50; BIC-15; sO₂- 93%; e lactato 4 mmol/L.

Com base nesse caso hipotético e nos critérios do SEPSIS 3, o qSOFA e o diagnóstico do paciente seriam, respectivamente,

- A) 3 e sepse grave.
- B) 1 e choque séptico.
- C) 2 e choque séptico.
- D) 3 e choque séptico.
- E) 2 e sepse grave.

08. Um homem de 65 anos chega à emergência, com história de 5 dias de febre, dispneia e aumento da tosse com produção de escarro amarelado. Ele tem DPOC grave, diagnosticado há 5 anos. Os medicamentos atuais são tiotrópio e, se necessário, salbutamol. No exame físico, a temperatura é de 38,5°C, a frequência cardíaca, de 110 bpm, e a frequência respiratória, de 30 ipm. O exame pulmonar revela sibilos expiratórios difusos bilateralmente. Apresenta saturação de oxigênio ao ar ambiente de 84 %. O raio X de tórax não apresenta infiltrado nem consolidação. Após oxigênio suplementar e nebulização, apresentou melhora da saturação de oxigênio, porém se mantinha taquipneico e com sibilos expiratórios.

Qual a próxima conduta para esse paciente?

- A) Aminofilina e hidrocortisona
- B) Fluticasona inalatória e formoterol
- C) Claritromicina e fluticasona inalatória
- D) Roflumilaste e prednisona
- E) Amoxicilina + clavulanato e prednisona

09. Nos últimos anos, têm surgido medicações que diminuem a mortalidade e as internações hospitalares na insuficiência cardíaca.

Todas as medicações abaixo diminuem mortalidade na IC, EXCETO

- A) Furosemida.
- B) Dapaglifozina.
- C) Espironalactona.
- D) Carvedilol.
- E) Ramipril.

10. Paciente de 45 anos chega à urgência com um derrame pleural à direita. O plantonista decide realizar o estudo do líquido pleural que apresenta no líquido triglicérido de 65 mg/dl, proteína total 3,2 g/dl e um DHL 800 U/L.

Todas as alternativas abaixo podem causar um derrame pleural com esses achados do líquido pleural, EXCETO

- A) Tuberculose pleural.
- B) Pneumonia.
- C) Neoplasia.
- D) Pleurite por lúpus eritematoso sistêmico.
- E) Derrame pleural por insuficiência cardíaca.

11. Uma paciente de 67 anos, diabética mal controlada, hipertensa e com diagnóstico de nefrolitíase em tratamento conservador, apresenta história de infecção urinária recorrente há 9 meses, tendo feito uso de norfloxacina, ciprofloxacina, cefalexina, nitrofurantoína e sulfametoxazol/trimetoprim neste período. O último exame de urocultura realizado há 3 semanas mostrava *Klebsiella* spp 1.000.000 ufc/ml com o seguinte perfil antimicrobiano:

RESISTÊNCIA: gentamicina, norfloxacina, cefotaxima, ceftriaxone, cefepime e aztreonam;

SENSÍVEL: amicacina, piperacilina/tazobactam, meropenem, polimixina B. Há 24 horas, apresentou febre com calafrios, mialgia e vômitos. Procurou uma urgência médica onde chegou apresentando temperatura de 39°C, palidez cutânea, frequência cardíaca de 132 bpm, PA: 85 x 40 mmHg, taquipneia e mal-estar intenso. Foi levada para a área vermelha onde se realizou hidratação venosa e a coleta de exames. O hemograma mostrou 23.300 leucócitos (8% bastões, 78% segmentados, 11% linfócitos e 3% monócitos). Ureia de 87 mg/dl, creatinina de 1,8 mg/dl, PCR de 192 mg/L e lactato de 2,9 mmol/L.

Dentre os antibióticos abaixo, qual o mais indicado para o tratamento dessa paciente?

- A) Moxifloxacina
- B) Amicacina
- C) Meropenem
- D) Polimixina B 25.000UI/kg/dia
- E) Tigeciclina

12. Um paciente do sexo masculino, 32 anos, morador de rua, etilista e usuário de drogas injetável e inalatória, dá entrada no serviço de emergência, com quadro de crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas. Estava sem acompanhante e foi levado para sala vermelha onde foi medicado com soro fisiológico e glicosado, diazepam e hidantal, com melhora das crises convulsivas. Na reavaliação médica, ainda estava sonolento, reagindo à dor apenas com o membro superior direito, gemente e com abertura ocular à pressão de leito ungueal.

Ao exame, apresentava manchas hipercrômicas em região torácica esquerda que se estendiam da região escapular ao mamilo esquerdo, lesões papulosas em membros inferiores e *tinea corporis* em região de abdome inferior. Em cavidade oral, tinha dentição em péssimo estado de conservação e monilíase oral extensa. À ausculta pulmonar e cardíaca, não apresentavam alterações significativas, exceto por roncos de transmissão e frequência cardíaca de 110 bpm, respectivamente. A pressão arterial era de 130 x 80 mmHg. Realizou teste rápido para HIV que foi positivo. O hemograma tinha 2.700 leucócitos (76% segmentados, 14% linfócitos, 10% monócitos), Hb: 9,9g/dl, plaquetas de 167.000.

Considerando que o serviço de emergência não dispõe de tomografia e que a ambulância da unidade está quebrada, qual o diagnóstico mais provável e a melhor conduta a ser tomada na unidade?

- A) Abstinência a drogas. Deve-se fazer uso de Diazepam, neurolépticos e hidratação venosa.
- B) Neurotuberculose. Iniciar dexametasona e solicitar tuberculostáticos à unidade básica de saúde para início de tratamento.
- C) Deficiência de vitamina B1. Repor tiamina, controlar as crises convulsivas com diazepam e manter hidratação venosa.
- D) Meningite bacteriana aguda. Iniciar ceftriaxone e dexametasona, até que se possa coletar LCR para confirmação diagnóstica.
- E) Neurotoxoplasmose. Iniciar dexametasona e bactrim.

13. Paciente do sexo feminino, de 49 anos de idade, portador de asma brônquica desde a infância e que apresenta quadro de febre, mialgia, cefaleia, tosse e dispneia há pouco mais de 24h, dá entrada na emergência com quadro de exacerbação da doença de base. Apresenta-se dispneica, fazendo uso de musculatura acessória; é incapaz de falar e encontra-se bastante agitada. Os sinais vitais são: pressão arterial de 100/65 mmHg, frequência cardíaca de 138bpm, frequência respiratória de 42 ipm, temperatura de 37,9 °C e saturação periférica de O₂ de 78%. À ausculta pulmonar, revela apenas murmúrio vesicular diminuído globalmente, mas sem ruídos adventícios. Hemograma: 12.100 leucócitos (65% segmentados, 30% linfócitos, 5% monócitos), Hb: 15,2 g/dl, plaquetas de 360.000. pH: 7,37, PCO₂: 57mmHg, PO₂: 69 mmHg, HCO₃: 27mmol/L, lactato: 1,8 mg/dl.

Assinale a alternativa que aponta a conduta imediata mais apropriada nesse caso.

- A) Realizar intubação orotraqueal, suporte ventilatório mecânico, expansão volêmica, iniciar corticoide injetável, broncodilatadores e cefepime com levofloxacina.
- B) Realizar ventilação não invasiva (VNI), expansão volêmica e iniciar broncodilatador de longa duração, corticoide injetável e ceftriaxone e azitromicina. Se não apresentar resposta após essas medidas, proceder à intubação orotraqueal.
- C) Proceder à intubação orotraqueal, suporte ventilatório mecânico, sedação contínua, broncodilatadores, ceftriaxone, azitromicina e ganciclovir.
- D) Proceder à intubação orotraqueal, suporte ventilatório mecânico, iniciar corticoterapia injetável, broncodilatadores, sedação contínua e oseltamivir.
- E) Proceder à intubação orotraqueal, suporte ventilatório mecânico, sedação contínua, iniciar furosemida e dobutamina.

14. No início de 2019, Pernambuco voltou a registrar o aumento do número de casos de arboviroses. Considerando que estivéssemos no período epidemiológico, analise o caso abaixo:

Um paciente jovem, 22 anos, previamente hígido, dá entrada no serviço de urgência, com história de febre, cefaleia, dores pelo corpo, vômitos e rash cutâneo difuso (hiperemia) em tronco e membros, há 3 dias. Ao exame físico, apresentava-se desidratado, taquipneico, com frequência cardíaca de 128 bpm, frequência respiratória de 32 ipm, saturando 91% e com crepitação em bases. Realizou exames que mostraram um hemograma com 16.320 leucócitos (92% segmentados, 5% linfócitos, 03% monócitos), hemoglobina 12,4, plaquetas de 47.000; ureia: 98 mg/dl, creatinina: 2,1 mg/dl, AST: 98 UI/L, ALT: 89 UI/L, CPK: 2.900 UI/L.

Diante desse caso, qual a melhor conduta a ser tomada e o diagnóstico provável?

- A) Realizar expansão volêmica com soro fisiológico e reavaliação clínica após cada soro administrado; medicar com sintomáticos e iniciar ceftriaxone 2g/dia. Medir diurese e solicitar avaliação da nefrologia precocemente. Repetir exames com 12 a 24 horas, pensando em leptospirose com possibilidade de hemodiálise.
- B) Realizar expansão volêmica com 50ml/kg de soro fisiológico em 4 horas; instalar oxigênio por cateter nasal; manter vigilância clínica e coletar novos exames com 12 horas, pensando em dengue grave.
- C) Realizar intubação orotraqueal, expansão volêmica com 80ml/kg nas 12h; prescrever nebulizações; iniciar oseltamivir; realizar intubação orotraqueal e indicar hemodiálise precocemente, devido à suspeita de síndrome respiratória aguda grave (SRAG).
- D) Restringir líquidos, prescrever transfusão de plaquetas, cefepime e levofloxacina, medir diurese nas 24h, chamar nefrologia para avaliação e indicação de hemodiálise, pensando em sepse grave decorrente de pneumonia grave.
- E) Prescrever transfusão de plaquetas e iniciar ceftriaxone e azitromicina, além de oseltamivir, por se tratar de quadro séptico grave e que não é possível descartar a possibilidade de pneumonia, SRAG nem leptospirose.

15. Paciente de 65 anos, diabético e hipertenso, é submetido à cirurgia de revascularização de membro inferior esquerdo por isquemia crítica em pé. Poucos dias depois, apresenta isquemia e infecção do pé e necessita realizar amputação deste. No 4º dia de pós-operatório, evolui com queixa de cefaleia, disfagia e rigidez de nuca. Foi diagnosticado com tétano, sendo transferido para uma unidade de terapia intensiva (UTI).

Na UTI, é iniciado protocolo com abordagem da ferida operatória, administração de imunoglobulina e antibiótico, porém evoluiu com espasmos e necessidade de traqueostomia de urgência e ventilação mecânica 24 horas após a admissão. A doença progride rapidamente, sendo necessário sedação com diazepam em intervalos mais curtos, além de clorpromazina. No quarto dia de internamento na UTI, apresenta taquicardia, oscilação importante da pressão arterial e sudorese. É diagnosticado com disautonomia pelo tétano.

Nessa situação, qual conduta deve ser tomada?

- A) Aumentar a dose de Diazepam, realizar nova abordagem da ferida operatória e iniciar noradrenalina em dose baixa e losartana 50mg/dia, para manter a pressão arterial controlada.
- B) Iniciar uso de opioide com morfina ou fentanila para melhor controle da disautonomia e reavaliar a ferida e a necessidade de desbridamento cirúrgico.
- C) Trocar antibiótico para piperacilina/tazobactam ou meropenem e aumentar a dose de Diazepam para 10mg de hora em hora. A principal causa desse quadro é infecção associada.
- D) Realizar exploração da ferida operatória, infiltração de imunoglobulina peri-lesional e trocar antibiótico.
- E) Ampliar o nível de amputação para eliminar possíveis focos de infecção e presença dos bacilos do *Clostridium*. Aumentar a dose de Diazepam e iniciar sedação com quetamina.

16. Um adolescente se apresenta num serviço de pronto-atendimento com história de febre com calafrios, cefaleia, mialgia e vômitos há 3 dias, associada à presença de sufusões em tronco e membros há 24 horas. É realizado hemograma, bioquímica e radiografia de tórax que mostram:

Hemograma: 19.800 leucócitos (4% bastões, 86% segmentados, 6% linfócitos e 4% monócitos), hemoglobina 12,1g/dl; plaquetas de 210.000; Ureia de 98mg/dl, creatinina de 1,9 mg/dl, AST 99 UI/L, ALT 82UI/L, CPK de 380 UI/L. Radiografia de tórax com hipotransparência em base pulmonar direita com apagamento de seio costo-frênico homolateral, sugerindo derrame pleural.

Ao exame físico, o paciente está taquicárdico, febril, taquidispneico, sonolento, com lentificação de enchimento capilar, diurese reduzida. Ausculta pulmonar apresenta apenas diminuição do murmúrio vesicular em base de hemitórax direito. Ausculta cardíaca tem ritmo cardíaco regular, bulhas um pouco hipofônicas, com sopro sistodiastólico 2+/4+, PA: 110 x 70 mmHg e FC: 128 bpm.

Qual o diagnóstico mais provável para esse paciente?

- A) Febre reumática aguda
- B) Insuficiência cardíaca congestiva
- C) Síndrome de Henoch-Schönlein
- D) Pneumonia bacteriana aguda grave
- E) Endocardite bacteriana

17. Com relação à nova definição, critérios diagnósticos e abordagem terapêutica da sepse, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Atualmente ela é definida como a presença de uma resposta inflamatória sistêmica do hospedeiro decorrente de uma infecção bacteriana confirmada ou suspeita.
- B) Os critérios de resposta inflamatória sistêmica (febre, leucocitose ou leucopenia, taquicardia, etc.) são fundamentais para o seu diagnóstico e o início precoce de protocolo de tratamento da sepse.
- C) O chamado “quick SOFA” (qSOFA) deve ser utilizado no primeiro atendimento aos pacientes graves e com suspeita de sepse. Se apresentarem 2 ou mais pontos, o diagnóstico de sepse é estabelecido, e as medidas de 1ª hora devem ser iniciadas de imediato.
- D) A coleta de hemoculturas, embora indicada e de fundamental importância para identificação do agente infeccioso e possível descalonamento antimicrobiano, não deve ser motivo de retardo para início de antibiótico na primeira hora do diagnóstico de sepse.
- E) O uso de corticoide na primeira hora, juntamente com o uso de antibiótico e expansão volêmica são as medidas de maior impacto na sobrevida dos pacientes e sucesso terapêutico da sepse.

18. Os serviços de hemoterapia do Brasil são obrigados por Lei a realizar testes para infecções transmissíveis pelo sangue, a fim de reduzir riscos de transmissão de doenças e em prol da qualidade do sangue doado.

Entre as infecções transmissíveis pelo sangue e pesquisadas a cada doação, obrigatoriamente, incluem-se todas as citadas abaixo, EXCETO:

- A) Sífilis.
- B) Citomegalovírus.
- C) HIV.
- D) HTLV I/II.
- E) Hepatite B e C.

19. Com relação à terapia antimicrobiana, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Em pacientes críticos, como aqueles com choque séptico, meningite bacteriana e neutropênicos febris, a terapia antimicrobiana deve ser iniciada após a coleta de culturas e realização da coloração por método de GRAM para definir melhor cobertura antimicrobiana.
- B) Nos pacientes imunossuprimidos, o início da antibioticoterapia empírica não deve esperar a coleta de culturas e deve ser de maior espectro possível para a cobertura de bactérias multirresistentes.
- C) São indicações de terapia antimicrobiana combinada as situações em que há conhecida atividade sinérgica contra o microrganismo, pacientes críticos com infecção hospitalar por bacilo gram negativo e quando a infecção pode ser causada por mais de um agente bacteriano (polimicrobiana).
- D) Na análise do antibiograma com determinação da concentração inibitória mínima, deve-se escolher para tratamento da infecção aquele antibiótico que apresente a menor concentração inibitória para uma determinada bactéria.
- E) Se um paciente com meningite bacteriana apresentar o resultado de cultura do Líquido Cefalorraquidiano (LCR) com sensibilidade à cefalotina, cefazolina e ceftriaxone para a bactéria isolada, deve-se escolher a cefalotina, por ter menor espectro de ação em relação às outras cefalosporinas testadas.

20. Um jovem com quadro de febre prolongada, perda de peso, hiporexia, hepatoesplenomegalia e pancitopenia é transferido do interior para a enfermaria de clínica médica por suspeita diagnóstica de leishmaniose visceral. Durante o internamento, o paciente apresenta piora do padrão da febre, queda do estado geral, taquidispneia, sangramento digestivo com diarreia, epistaxe e hipotensão. É transferido para Unidade de Terapia Intensiva onde é realizado expansão volêmica, hemotransfusão, início de noradrenalina e antibióticos. Após estabilização clínica, é realizado um mielograma que mostra a presença de formas amastigotas de parasitas em macrófagos, além da descrição de hemofagocitose. Os exames laboratoriais coletados na UTI mostraram ferritina elevada, hipertrigliceridemia, DLH elevado e pancitopenia no hemograma.

Diante desse caso, qual diagnóstico deve ser realizado?

- A) Enterobacteriose septicêmica prolongada.
- B) Leishmaniose visceral com síndrome hemofagocítica.
- C) Histoplasmoze disseminada.
- D) Malária Grave.
- E) Citomegalovirose crônica com ativação macrofágica.

21. Em relação ao angioedema hereditário, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Pode simular um quadro de abdômen agudo, particularmente tipo obstrutivo.
- B) Durante as crises, pode apresentar ascite e hipotensão.
- C) Ocorre por um defeito ou deficiência no receptor C1, resultando em excesso na produção de bradicinina e histamina.
- D) Afeta, prioritariamente (edema e vasodilatação), a pele e as vias aéreas superiores.
- E) Nas crises, o tratamento pode ser feito com plasma fresco congelado. Os inibidores de C1 e caliceína podem ser usados, mas são muito caros e de pouco acesso.

22. NÃO faz parte das alterações laboratoriais da insuficiência adrenal primária:

- A) Alcalose metabólica e hipercloremia.
- B) Hiperpotassemia e hipercalemia.
- C) Hiponatremia.
- D) Eosinofilia e anemia.
- E) Hipoglicemia.

23. Em relação à crise adrenal, assinale a afirmativa INCORRETA.

- A) Seu principal achado é a hipotensão arterial refratária a volume e vasopressores.
- B) Seu tratamento inicial é a hidrocortisona IV (100 mg de 8/8h).
- C) Infecção é o principal fator, que desencadeia a crise, embora a presença de febre pode ocorrer na ausência de infecção.
- D) O tratamento inicial com dexametazona (4 mg IV de saída e a cada 12 horas) é contraindicado na crise, mas pode ser usado por via oral após, melhora clínica inicial.
- E) Dor abdominal simulando um abdômen agudo pode ser encontrado, especialmente quando a causa é hemorragia adrenal.

24. À semelhança do FAST para avaliação rápida do trauma abdominal, a USG evoluiu também para avaliação das estruturas torácicas e vem se constituindo em uma importante ferramenta na ressuscitação cardiopulmonar de pacientes chocados.

Em relação à USG e à avaliação cardiopulmonar, assinale a afirmativa INCORRETA.

- A) É capaz de avaliar qualitativamente o ventrículo direito.
- B) É capaz de avaliar qualitativamente o ventrículo esquerdo.
- C) Consegue identificar bem o pneumotórax.
- D) Consegue avaliar bem a presença de derrame pleural e pericárdico.
- E) Não consegue avaliar o parênquima pulmonar, em particular, o edema pulmonar.

25. Em relação à Encefalopatia Hepática ou Portosistêmica (EH), assinale a afirmativa INCORRETA.

- A) Os níveis de amônia podem ser normais na EH, bem como altos níveis de amônia podem estar presentes sem encefalopatia.
- B) Se houver necessidade de sedação após intubação, propofol parece ser a melhor droga na fase aguda.
- C) Lactulose, por VO ou por SNG, deve ser administrada (em torno de 20 a 30 ml 3 a 4 vezes/dia), podendo ser associada à rifaximina.
- D) A administração de dois aminoácidos por VO (L-ornitina e L-aspartato) é capaz de aumentar o metabolismo da amônia e parece melhorar a EH, embora estudos ainda não comprovaram sua eficiência de modo cabal.
- E) Os benzodiazepínicos e seu antagonista (o flumazenil) devem ser evitados, pois podem provocar EH.

26. Em relação à síndrome compartimental, assinale a afirmativa CORRETA.

- A) A pressão de perfusão abdominal é definida como a diferença entre a pressão sistólica da PA e a pressão intra-abdominal(PIA).
- B) A PIA elevada leva à vasodilatação esplâncnica e a uma circulação hiperdinâmica.
- C) Hipertensão intra-abdominal é definida como uma PIA sustentada acima de 20mmHg.
- D) A medida direta da pressão intraperitoneal é a maneira mais fidedigna de medir a PIA, e deve ser preferível à medida indireta através da bexiga, sempre que for possível.
- E) Se não responder bem ao tratamento clínico, o próximo passo é a laparotomia exploradora, a qual é acompanhada por uma melhora dramática. O fechamento do abdômen deve ser retardado, mas deve ocorrer no mesmo internamento (em torno de 3 a 7 dias).

27. Em relação à Pancreatite Aguda Biliar (PAB), assinale a afirmativa CORRETA.

- A) Mulher jovem com altos níveis de amilase e provas de função hepática alteradas sugere fortemente PAB. Nesses casos, os cálculos são pequenos e geralmente passam pouco tempo, obstruindo a papila.
- B) Geralmente evolui com icterícia progressiva e colangite.
- C) A TC com contraste deve ser feita dentro das primeiras 12 horas nos casos graves para quantificar a extensão da necrose.
- D) A terapia antibiótica deve ser feita de rotina, independente da gravidade, desde que o diagnóstico esteja bem estabelecido. A cobertura inicial é para gram (-), gram(+) e anaeróbios.
- E) O diagnóstico de coledocolitíase deve ser feito pela CPRE ou por colangioscopia.

28. NÃO faz parte dos exames laboratoriais da falência hepática aguda fulminante:

- A) aumento das bilirrubinas às custas da direta.
- B) aumento do INR.
- C) aumento da ureia e creatinina.
- D) Hipoalbuminemia.
- E) Aumento das transaminases.

29. Em relação ao câncer de pulmão, assinale a afirmativa CORRETA.

- A) Quando invade a parede torácica ou o diafragma, é estadiado como T4.
- B) As síndromes paraneoplásicas são comuns no câncer de pulmão e, com relativa frequência, são o sintoma de apresentação.
- C) Câncer de pulmão estadiado como T4 inviabiliza qualquer possibilidade de ressecção com intuito curativo.
- D) Derrame pleural ipsilateral ou nódulos sincrônicos no pulmão contralateral caracterizam metástase a distância, sendo classificado como M1a.
- E) Ressecções paliativas não têm qualquer indicação no tratamento do câncer de pulmão.

30. Em relação aos marcadores de autoimunidade nas doenças do fígado, assinale a afirmativa INCORRETA.

- A) O aumento do anticorpo anti-LKM1 sugere fortemente hepatite autoimune.
- B) O aumento do anticorpo antimúsculo liso e do FAN também sugere hepatite autoimune.
- C) O aumento do anticorpo antimitocôndria sugere cirrose biliar primária (também chamada colangite biliar primária).
- D) O aumento do anticorpo anticitosol hepático (anti LC1) sugere doença hepática crônica por síndrome metabólica (NASH).
- E) O aumento do anticorpo anticitoplasma do neutrófilo (p-ANCA) pode estar associado à colangite esclerosante primária, que é frequentemente associada à RCUI (retocolite ulcerativa inespecífica).

31. Criança de 5 meses nascida a termo (39 semanas), internada na UTI foi agendada para exame de ressonância nuclear magnética (RNM) de crânio.

Qual o jejum necessário para essa criança, sabendo que ela possui alimentação com leite materno?

- A) 2 horas
- B) 4 horas
- C) 5 horas
- D) 6 horas
- E) 8 horas

32. Sobre erros de medicação, é CORRETO afirmar que

- A) a injeção rápida de vancomicina, magnésio ou amiodarona pode levar à hipotensão grave ou até parada cardíaca.
- B) anestesistas bons raramente cometem erros de medicação.
- C) drogas contidas dentro de equipos só apresentam risco em pacientes pediátricos.
- D) drogas perigosas, como cloreto de potássio, devem ser marcadas com tarja preta.
- E) a infusão rápida de fenitoína e cloreto de sódio pode causar hipertensão.

33. Em relação a eventos adversos com opioides intratecais, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Fentanil intratecal causa depressão respiratória tardia dentro de 6-10 horas após a administração.
- B) Depressão respiratória severa, causada por morfina intratecal, pode ser tratada com infusão de naloxone.
- C) Prurido pode ser tratado com anti-histamínicos.
- D) Antagonistas 5HT3 são úteis no tratamento das náuseas e vômitos induzidos por opioides IT e têm o efeito adicional de reduzir o prurido.
- E) Retenção urinária é um efeito colateral dose dependente da morfina intratecal.

34. Paciente do sexo feminino, 27 anos, deu entrada na Sala de Recuperação com história de hipotensão severa e refratária após a indução da anestesia.

Sobre o diagnóstico e manejo de anafilaxia, é CORRETO afirmar que

- A) suxametônio e atracúrio são os agentes bloqueadores neuromusculares mais comumente associados à anafilaxia.
- B) sinais musculocutâneos são característicos em pacientes com anafilaxia.
- C) hipotensão com taquicardia sempre está presente em reações severas.
- D) adrenalina pode ser menos efetiva em pacientes com betabloqueadores, então glucagon deve ser considerado como intervenção de primeira linha para esses pacientes.
- E) níveis de triptase podem manter-se elevados por mais de 24 horas após o episódio de anafilaxia.

35. Sobre a Reanimação Cardiopulmonar (RCP) em criança de 6 anos, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A cada três ciclos de CT e ventilações ou cinco minutos, verificar o pulso e trocar a função dos socorristas em até dez segundos.
- B) A profundidade das compressões torácicas deve ser de 1/5 do diâmetro anteroposterior do tórax ou, pelo menos, 3 cm.
- C) A terapêutica elétrica deve se iniciar com 2 J.kg-1 no primeiro choque e, pelo menos, 4 J.kg-1 nos choques subsequentes até o limite de 10 J.kg-1.
- D) O acesso vascular intraósseo durante RCP não é recomendado em crianças com menos de 10Kg.
- E) Para a via aérea avançada, os dispositivos supraglóticos devem ser evitados.

36. Paciente masculino, 63 anos, IMC 36 kg/m² chega ao consultório para avaliação pré-anestésica. Refere fazer uso de CPAP, por ser portador da Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAHOS).

O método padrão ouro para o diagnóstico de SAHOS é o(a)

- A) índice de apneia-hipopneia (IAH).
- B) questionário STOP-BANG.
- C) polissonografia.
- D) índice de dessaturação de oxigênio, IDO.
- E) oximetria de pulso associada ao fluxo aéreo e monitoramento do esforço abdominal.

37. Uma menina de 7 anos, saudável, foi vista caindo de um muro de 1,80 m sobre uma superfície de concreto. Deu entrada na emergência, queixando-se de dor aguda no tornozelo direito. Não perdeu a consciência e não há evidência de traumatismo craniano. Achados primários: via aérea patente, ventilando sozinha, saturação de oxigênio 99% em ar ambiente, hemodinamicamente estável, todos os pulsos periféricos presentes, porém com tempo de perfusão capilar aumentado no pé direito (5 segundos vs. 2 segundos nas outras periferias). Escala de Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes, glicemia normal. Fratura com deslocamento no tornozelo direito, nenhuma outra lesão perceptível. História de asma quando bebê. Recebeu indicação de redução imediata da fratura apesar do provável estômago cheio. O anestesista optou por fazer uso de cetamina e midazolam para analgesia e sedação.

A Cetamina

- A) é metabolizada no fígado (80%), produzindo norcetamina que não possui propriedades analgésicas.
- B) apesar de ter um ótimo perfil de segurança, não pode ser administrada por via intramuscular.
- C) não possui propriedades anti-inflamatórias e neuroprotetoras.
- D) pode causar broncodilatação devido ao seu efeito sobre as vias aéreas por meio da modulação da cascata inflamatória.
- E) atua como agonista dos receptores NMDA, produzindo analgesia dissociativa, embora não module os receptores de opioides.

38. O Bloqueio Paravertebral (BPV) é um bloqueio ipsilateral dos sistemas somatossensorial e simpático em vários níveis vertebrais, sendo hoje amplamente usado em crianças e adultos.

Para a realização do BPV guiado por ultrassom, o anestesista deve saber que

- A) com o uso do US, não existe risco de perfuração inadvertida da pleura ou entrada no forame intervertebral.
- B) entre as contraindicações para uso não cirúrgico do BPV, estão angina pectoris refratária, neuralgia toracoabdominal e síndrome complexa de dor regional.
- C) o risco de perfuração vascular e pneumotórax é semelhante nas duas técnicas (US e marco anatômico).
- D) não é possível usar PVB bilateral em vez de anestesia peridural.
- E) é preciso marcar a pele com caneta permanente antes de iniciar o levantamento anatômico por ultrassom.

39. O delirium pós-operatório é causa comum e potencialmente prevenível de morbidade, aumenta o tempo de permanência hospitalar, reduz a qualidade de vida e aumenta a dependência em atividades básicas do dia a dia. Tem havido evidências crescentes acerca de estratégias anestésicas preventivas para o delirium operatório.

Sobre isso, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A previsão pré-operatória e o reconhecimento perioperatório precoce de pacientes de alto risco permitem rápido diagnóstico e tratamento.
- B) Otimizar a nutrição e a terapia de fluidos não está entre as estratégias comportamentais e não farmacológicas para a prevenção do delirium.
- C) Não está claro se a anestesia neuraxial comparada com a anestesia geral reduz o desenvolvimento do delirium.
- D) As evidências sugerem que o cuidado anestésico guiado por índice bispectral (BIS) está associado à redução da incidência do delirium pós-operatório.
- E) A dexmedetomidina, um agonista alfa-2 adrenérgico, demonstrou reduzir a incidência do delirium em pacientes com mais de 65 anos após cirurgia não cardíaca.

40. A Pneumonia associada à Ventilação Mecânica (PAV) é uma causa significativa de morbidade e mortalidade em pacientes, que passam por Ventilação Mecânica (MV) invasiva, via Tubo Endotraqueal (TET) ou traqueostomia. Prevenção da PAV é uma prioridade na gestão de pacientes em estado crítico. O anestesista pode contribuir incluindo medidas preventivas básicas na condução desses pacientes.

Sobre essas medidas, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Fazer profilaxia com antibióticos para PAV de início precoce, que ocorre nos primeiros quatro dias da VM, geralmente causada por bactérias sensíveis adquiridas na comunidade, como Haemophilus e Streptococcus.
- B) Inserção do tubo subglótico para pacientes que exijam ventilação mecânica acima de 72 horas no pós-operatório e considerar a inserção de um tubo com drenagem subglótica, manutenção de uma pressão do balonete de via aérea em 20 a 30 cm H₂O e uso de pressão expiratória final positiva.
- C) Posicionamento semirreclinado dos pacientes, com uma abordagem de 30°-40° com a cabeça elevada, quando possível.
- D) Avaliar a presença de fatores de pré-disposição adicionais, como edema pulmonar nesses pacientes no pré-operatório.
- E) Optar por instrumentos supraglóticos para ventilação no transoperatório.

41. Sobre os procedimentos para o diagnóstico de morte cerebral, é INCORRETO afirmar que

- A) indica a perda definitiva e irreversível das funções cerebrais por causa conhecida e comprovada em pacientes potencialmente doadores de órgãos e tecidos.
- B) são obrigatórios dois exames clínicos que comprovem coma não perceptivo e ausência de reatividade do tronco cerebral com intervalo mínimo de uma hora para maiores de 2 anos.
- C) o teste de apneia deve comprovar ausência de movimentos respiratórios na presença de hipercapnia, indicada por PaCO₂ maior que 55mmHg.
- D) os testes complementares devem comprovar ausência de perfusão sanguínea, ou atividade metabólica ou atividade elétrica cerebral.
- E) drogas depressoras do sistema nervoso central em doses usuais e condições clínicas adequadas não impedem os procedimentos diagnósticos.

42. Sobre as doenças do nervo facial, é CORRETO afirmar que

- A) compressão do nervo facial pode ocorrer por neurinoma, crescendo no canal do nervo facial, por exemplo, na neurofibromatose tipo 1.
- B) na síndrome de Ramsay-Hunt, a reativação do vírus herpes-zoster no gânglio geniculado causa paralisia facial e lesões vesiculares na orelha externa e orofaringe.
- C) na paralisia de Bell, além da manifestação motora, pode haver perda gustativa nos dois terços anteriores da língua e hipoacusia.
- D) reinervação aberrante pode levar ao aparecimento de neuralgia facial como complicação da paralisia facial idiopática.
- E) lesões pontinas podem levar à paralisia facial de padrão central, podendo ser acompanhada por estrabismo convergente ipsilateral e hemiparesia contralateral.

43. Mulher, 28 anos, tem cefaleia desde adolescência, crises ocasionais, mas sempre forte, algumas vezes hemicraniana, com náuseas, raramente vômitos, tem ainda fotofobia, fonofobia, osmofobia e melhora com repouso e analgésicos comuns após poucas horas. Algumas vezes, tem escótomas cintilantes minutos antes da dor. Diz ainda ter sono excessivo e torcicolo dias antes das crises. Durante exercício habitual em academia, apresentou episódio de escótomas cintilantes mais intensos e que ocuparam rapidamente hemicampos esquerdos, onde diz que ficou “escuro,” seguido por parestesias em membros esquerdos, dificuldade para falar e dor “lancinante” parietal direita seguida por desfalecimento e, segundo acompanhante, alguns abalos pelo corpo. Chegou acordada na urgência, ainda com parestesias e cefaleia pulsátil muito forte.

Sobre essa paciente, é CORRETO afirmar que

- A) tem migrânea episódica com aura visual típica, característica da fase prodrômica de mulheres jovens.
- B) a fase de aura típica da migrânea pode ser caracterizada por queixas inespecíficas que podem ocorrer por 1-2 dias antes do início da dor.
- C) a aura persistente sem infarto é uma das complicações da migrânea e, se houver melhora dos sintomas com analgesia, não há necessidade de neuroimagem.
- D) a cefaleia em trovoada indica sinal de alerta, e a paciente deve obrigatoriamente realizar neuroimagem para afastar infarto migranoso ou trombose venosa cerebral.
- E) uma crise epiléptica desencadeada pela aura da migrânea é indicação para tratamento venoso com fármacos antiepilépticos nessa paciente.

44. As síndromes neurocutâneas ou facomatoses são doenças caracterizadas pelo comprometimento da pele, dos olhos e do sistema nervoso, além de outros órgãos que têm origem embrionária ectodérmica.

Sobre esse grupo de doenças, é INCORRETO afirmar que

- A) a esclerose tuberosa se manifesta com máculas hipomelanóticas, angiofibromas faciais, displasia cortical, nódulos subependimários e, raramente, epilepsia, atraso de desenvolvimento e transtorno do espectro autista.
- B) na doença de von Recklinghausen, ocorrem manchas “café com leite,” neurofibromas, glioma de nervo óptico e hamartomas de íris.
- C) na síndrome de Sturge-Weber, são encontrados epilepsia, atraso de desenvolvimento, hemiparesia e hemangioma facial em distribuição do ramo oftálmico do nervo trigêmeo.
- D) na síndrome de von Hippel-Lindau, são encontrados hemangioblastomas no sistema nervoso central e retina, cistos pancreáticos e renais, além de feocromocitoma.
- E) na ataxia-telangiectasia, ocorrem telangiectasias oculares, mucosas e cutâneas, atrofia de vérmis cerebelar, apraxia oculomotora e infecções frequentes.

45. Paciente com passado de acidente vascular cerebral entra no consultório andando com dificuldade e nele se observa postura de Wernicke-Mann à esquerda.

Dentre as possíveis localizações do infarto cerebral, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Infarto frontal no território da artéria cerebral anterior esquerda
- B) Infarto bulbar medial no território de vasos perfurantes de artéria vertebral direita
- C) Infarto occipital no território da artéria cerebral posterior esquerda
- D) Infarto lacunar no território de vasos perfurantes capsulares à esquerda
- E) Infarto cerebelar no território de artéria cerebelar póstero-inferior direita

46. Advogado, 68 anos, hipertenso e diabético bem controlado, alta funcionalidade prévia, atendido em urgência com diagnóstico de acidente vascular cerebral isquêmico, com NIHSS=18 e ressonância magnética mostrando lesão positiva na difusão, ocupando menos de um quinto do território da artéria cerebral média esquerda. O FLAIR é negativo. Esposa não sabe, ao certo, se estava bem há 3 ou 5 horas.

Na avaliação dos critérios para uso de trombolítico intravenoso, é CORRETO afirmar que

- A) a ressonância foi bem indicada nesse caso e corrobora a indicação segura do uso do alteplase por via intravenosa.
- B) a gravidade do evento e a incerteza de hora de início são fatores para contra-indicação da trombólise intravenosa.
- C) a melhora do NIHSS de 18 para 15 pontos durante avaliação contraindicaria o uso de alteplase intravenoso.
- D) a idade acima de 65 anos e a gravidade do evento devem ser levadas em conta a fim de indicar estudo dos vasos para trombectomia.
- E) se o paciente estiver em uso prévio de ácido acetilsalicílico, mesmo se a contagem de plaquetas estiver em 80.000, não é contraindicada a trombólise intravenosa.

47. Sobre a miopatia associada ao uso de corticoides, é CORRETO afirmar que a(o)

- A) fraqueza generalizada predomina na musculatura distal dos membros.
- B) tempo de uso é o principal determinante da gravidade dos sintomas.
- C) estudo eletroneuromiográfico mostra fibrilações.
- D) biópsia muscular deve mostrar infiltrado inflamatório discreto.
- E) dosagem sérica da CPK é usualmente normal.

48. Sobre as distrofias musculares, é INCORRETO afirmar que

- A) nas formas congênitas, há fraqueza e hipotonia ao nascimento, podendo haver envolvimento cerebral com retardo do desenvolvimento e contraturas.
- B) na distrofia muscular de Duchenne, o quadro se inicia antes dos 5 anos, a CPK é sempre normal, ocorre pseudo-hipertrofia de panturrilhas, acomete tipicamente o sexo masculino.
- C) a distrofia miotônica é mais comum em adultos com herança autossômica dominante; a fraqueza predomina na musculatura facial, bulbar e distal dos membros com contrações involuntárias sustentadas.
- D) a distrofia muscular de Emery-Dreifuss se caracteriza por contraturas precoces, atrofia e fraqueza úmero-peroneal e defeitos de condução cardíaca.
- E) a distrofia muscular óculo-faríngea causa ptose, disfagia e fraqueza proximal leve; CPK pode ser normal, ocorrendo mais da quarta à sexta década de vida.

49. As epilepsias podem ser definidas após um único episódio epilético, se houver risco aumentado de recorrência. O eletroencefalograma nesses casos pode ajudar a flagrar atividade epileptiforme. No entanto, resultados “falsos-positivos” podem ocorrer em pessoas sem história de crises epiléticas, quando existem todas as situações abaixo citadas, EXCETO:

- A) Pacientes com migrânea com aura.
 - B) Pacientes com passado de lesão estrutural adquirida, com boa recuperação funcional.
 - C) Parentes de primeiro grau de pacientes epiléticos.
 - D) Pacientes com transtorno do espectro autista de alta funcionalidade.
 - E) Pacientes com demência degenerativa avançada e rebaixamento agudo da consciência.
-

50. As síndromes parkinsonianas são caracterizadas por bradicinesia associada com rigidez, tremor de repouso ou instabilidade postural.

O reconhecimento desses sinais é o primeiro passo para o diagnóstico da doença de Parkinson.

Dentre os achados abaixo, NÃO é considerado critério de exclusão para a doença de Parkinson:

- A) Discinesia induzida pelo uso de levodopa.
 - B) Achados unilaterais persistentes por mais de 3 anos.
 - C) Ausência de resposta à levodopa em doses altas.
 - D) Sinais piramidais ou cerebelares associados.
 - E) História de AVC de repetição com progressão dos sintomas após os eventos.
-

GRUPO 08
- MEDICINA INTENSIVA -