



PROVA DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2017

MEDICINA INTENSIVA

INSTRUÇÕES GERAIS

- O candidato receberá do aplicador:
 - Um **caderno de provas** contendo 50 (cinquenta) questões de múltipla escolha.
 - Uma **folha de respostas** personalizada para a Prova Objetiva.
- Ao ser autorizado o início da prova, verifique no caderno de provas se a numeração das questões e a paginação estão corretas.
- Você dispõe de 2 (duas) horas para fazer a Prova Objetiva. Faça-as com tranquilidade, mas controle o seu tempo. Esse tempo inclui a marcação da **folha de respostas** (Prova Objetiva).
- Somente após 1 (uma) hora do início da prova, o candidato poderá entregar sua **folha de respostas**, e o **caderno de prova**, em seguida, retirar-se definitivamente da sala. Se o candidato resolver sair antes, deverá **assinar um termo de desistência**.
- Não será permitido levar o **caderno de provas**.
- Após o término da prova, o candidato deverá entregar, obrigatoriamente, o **cartão resposta**, e a **prova objetiva**, devidamente assinada no local indicado.
- Os dois últimos candidatos só poderão ser liberados juntos.

Se você precisar de algum esclarecimento, fale com o aplicador ou solicite a presença do responsável pelo local.

INSTRUÇÕES PROVA OBJETIVA

- Verifique se os seus dados estão corretos na **folha de respostas**. Em caso de erro, solicite ao aplicador para efetuar as correções na Ata da prova.
- Assine no local indicado na **folha de respostas**.
- Leia atentamente cada questão e assinale, na **folha de respostas**, a alternativa que você julgar correta.
- A **folha de respostas NÃO** pode ser dobrada, amassada, rasurada, manchada ou conter qualquer registro fora dos locais destinados às respostas, sob pena de eliminação do processo.
- A maneira correta de assinalar a alternativa na **folha de respostas** é cobrindo, completamente, com caneta esferográfica azul ou preta todo o espaço a ela correspondente, conforme o exemplo a seguir:



ATENÇÃO: Formas de marcação diferentes da que foi determinada implicarão a rejeição da **folha de respostas** pela leitora ótica.

REALIZAÇÃO:

COREME/UFRR

CEREM/RR

CPV

1) Um Homem de 71 anos, deu entrada no Hospital com quadro de mudança de comportamento e perda de memória. Segundo filha o mesmo vem apresentando nas últimas semanas contraturas tônicas da hemiface e braço esquerdos, tendo sido iniciado carbamazepina(200 mg tid) sem melhoras. Uma RNM magnética revelou alteração de sinal hipocampal bilateral e pesquisa de anticorpos de canais de voltagem de potássio foi positiva. Diante do quadro, escolha entre as opções abaixo a melhor conduta para controle dos sintomas acima :

- (A) Associar Levetiracetan
- (B) Suspender Carbamazepina e iniciar Levetiracetan
- (C) Iniciar metilprednisolona EV
- (D) Iniciar Aciclovir EV
- (E) Associar Acido Valpróico

2) Uma mulher de 65 anos, em pós-operatório de bypass coronariano, desenvolveu hemiparesia direita e dificuldade de expressão ao despertar da anestesia as 15:00 hs. Ela não apresentava nenhum déficit neurológico até 12:00 hs.

Uma TAC de crânio foi feita imediatamente:



As 16 hs, a equipe teve que tomar uma decisão terapeutica: Qual das opções abaixo ofereceria a melhor chance de recuperação funcional neurológica para a paciente:

- (A) rtPA EV
- (B) Aspirina
- (C) Aspirina associada à rosuvastatina
- (D) Embolectomia mecânica
- (E) rtPA intra arterial

3) Ainda relativo à TAC de crânio do caso anterior, qual descrição abaixo caracteriza melhor a imagem no contexto do caso:

- (A) Hipodensidade temporal
- (B) Atrofia temporal
- (C) Sinal da art. cerebral média
- (D) Atrofia cortical
- (E) Hiperdensidade insular

4) Um paciente de 28 anos, mudou-se recentemente de uma zona rural de Pernambuco, e há cerca de uma semana começou a apresentar dor lobar, e há 48 horas começou a apresentar fraqueza progressiva e simétrica dos membros inferiores e dificuldade para urinar. Um RNM revelou alteração de sinal em segmentos L4-L5, L5-S1, no entanto o diagnóstico efetivo só ocorreu após a realização de um outro exame complementar:

- (A) Angiografia de medula
- (B) RNM de coluna lombosacra com injeção de gadolínio
- (C) Parasitológico de fezes
- (D) Eletroneuromiografia dos membros inferiores
- (E) TAC contrastada da coluna lombosacra

5) Um paciente de 29 anos, foi admitido com quadro de febre, cefaléia e alteração do estado mental de início há cerca de 48 hs. Um estudo liquorico revelou pleiocitose de 450 células por campo com predomínio polimorfonuclear e glicorraquia de 36 mg/dl. Foi iniciado esquema com ceftriaxona e vancomicina, e diante da piora do quadro foi solicitado RNM que revelou somente alteração de sinal em mastóide. Qual conduta abaixo é a mais adequada

- (A) Associar metronidazol
- (B) Associar Aciclovir
- (C) Trocar Ceftriaxona por Meropenem
- (D) Associar ampicilina
- (E) Trocar Ceftriaxona por Ceftazidime

6) Paciente feminina, 55 anos de idade, tabagista há 25 anos com carga de 10 maços ano. Deu entrada no Grande Trauma com Glasgow 6, trazida pelo SAMU com relato de ter sido encontrada desacordada em casa pela vizinha. Realizada TC Crâneo (imagem 1):



Segundo o diagnóstico pela TC de Crâneo, as medidas a seguir fazem parte da prevenção da lesão neurológica secundária, exceto:

- (A) Manter PAM < 130mmHg, se necessário usar nitroprussiato
- (B) Monitorar PIC (pressão intracraniana)
- (C) Manter glicemia entre 70 e 180mg/dl
- (D) Uso de meias elásticas compressivas
- (E) Tratar hipertermia apenas com temperatura axilar > 38°C

7) Paciente feminina, 24 anos, com diagnóstico de hidrocefalia, internada há 7 dias pois retirou a válvula e colocou derivação ventricular externa. Estava em uso de Cefalotina desde a indução

anestésica. Há 24 horas iniciou quadro febril de 38.0°C, associado a rebaixamento do nível de consciência. Antibioticoterapia de escolha seria:

- (A) Manter Cefalotina e iniciar Vancomicina
- (B) Suspender Cefalotina, iniciar Ceftriaxona e Vancomicina
- (C) Suspender Cefalotina, iniciar Ceftazidima e Teicoplanina
- (D) Manter Cefalotina e iniciar Teicoplanina
- (E) Suspender Cefalotina, iniciar Ceftazidima e Vancomicina

8) Paciente Masculino 23 anos, sem histórico de antecedentes patológicos progressivos, da entrada no Pronto de Atendimento do HGR com queixa, há 5 dias, de tosse produtiva amarelada e febre aferida de 38.0° C, nas últimas 12 horas com piora significativa. Sinais vitais aferidos na triagem: temperatura: 38.0 FC:120bpm PA: 95/60mmHg FR:25ipm SpO2: 94% em ar ambiente. A conduta correta seria:

- (A) Hidratação venosa, antibioticoterapia, coleta de exames e lactato, coleta de hemoculturas.
- (B) Antibioticoterapia, colher lactato, colher duas hemoculturas, hidratação venosa.
- (C) Colher hemoculturas, hidratação venosa, colher lactato e antibioticoterapia.
- (D) Colher lactato, colher duas hemoculturas, antibioticoterapia e hidratação venosa.
- (E) Nenhuma das anteriores.

9) Segundo o Protocolo Clínico da Campanha de Sobrevivência a Sepse, atualizado em 2016, o

paciente hipotenso e/ou com hiperlactatemia inicial, a despeito da otimização da reposição volêmica, tem indicação de reavaliação do estado volêmico ou de parâmetros perfusionais pela equipe médica, dentro das primeiras 6 horas de tratamento. As seguintes formas de reavaliação poderão ser consideradas, exceto:

- (A) Mensuração da PVC, mensuração da SvcO₂, variação de pressão de pulso.
- (B) Variação de distensibilidade da cava, mensuração da SvcO₂, elevação passiva dos membros inferiores.
- (C) Variação de pressão de pulso, Intensidade de livedo, mensuração da PVC.
- (D) Intensidade de livedo, variação do Bicarbonato, qualquer outra forma de responsividade a fluidos.
- (E) Variação de distensibilidade da cava, Tempo de enchimento capilar, qualquer outra forma de responsividade a fluidos.

10) R.C.C., masculino 34 anos, estava em uso de RHZE (rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e etambutol respectivamente) há 15 dias devido a Tuberculose Óssea. O mesmo relata ser portador de Hepatite B Crônica, em uso de Tenofovir 300mg/dia há 5 anos com boa tolerância, com resposta virológica sustentada e sem evidências de cirrose hepática. Da entrada na emergência referindo perda do apetite, icterícia 2+/4+. Bioquímica mostrando TGO/TGP < 3 x LSN (limite superior da normalidade). A conduta correta seria:

- (A) Suspender RHZE, hidratação venosa e iniciar esquema alternativo com 3SEO/9EO.

- (B) Suspender RHZE, aguardar resolução dos sinais e sintomas e diminuição das enzimas, e iniciar na ordem RH, seguida de E e por último Z.
- (C) Suspender RHZE, aguardar resolução dos sinais e sintomas e diminuição das enzimas, e iniciar na ordem RE, seguida de Isoniazida e por último Pirazinamida.
- (D) Continuar RHZE, porém diminuir o número de comprimidos pela metade para evitar a toxicidade hepática.
- (E) Nenhuma das anteriores.
- 11) Pode-se considerar, em paciente com débito cardíaco normal:
- (A) a saturação da hemoglobina (Hb) de 90% suficiente para atender à demanda tecidual de O₂
- (B) quando a SpO₂ cai abaixo do nível de 93% é alta incidência de hipóxia tecidual
- (C) a curva de dissociação da Hb apresenta queda abrupta a partir da saturação de 95%
- (D) valores de SaO₂ abaixo de 90%, a PaO₂ reduz-se lentamente
- (E) a cianose é um sinal mais precoce de hipóxia do que a queda SpO₂ pelo oxímetro.
- 12) Na avaliação da função renal, a creatinina sérica:
- (A) existe relação inversa e exponencial com o ritmo de filtração glomerular (RFG)
- (B) há relação direta com o volume de hidratação
- (C) há relação inversa com o catabolismo
- (D) ocorrem valores anormais com qualquer taxa do RFG
- (E) diminui nos pacientes musculosos
- 13) Em paciente com hipoparatiroidismo após tireoidectomia, pode-se observar:
- (A) sinais e sintomas de hipercalcemia
- (B) aumento do limiar de excitação neuronal
- (C) intervalo QT no ECG diminuído
- (D) sinal de Chvostek negativo
- (E) convulsões e laringoespasmos
- 14) No paciente obeso, pode-se afirmar que há redução do(a):
- (A) volume sanguíneo total
- (B) débito cardíaco
- (C) massa muscular
- (D) água corporal total
- (E) ritmo de filtração glomerular
- 15) Quando ocorre a lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão, pode-se afirmar que:
- (A) o início é tardio, geralmente 24h após a transfusão
- (B) os pacientes apresentam hipotermia, hipertensão e edema pulmonar cardiogênico
- (C) é desencadeada apenas pela transfusão de concentrado de hemácias contaminado

(D) o tratamento deve ser iniciado com antibiótico de amplo espectro

(E) é causada por reações do tipo antígeno anticorpo no endotélio pulmonar

16) Quanto a pressão venosa central (PVC), pode-se afirmar que é:

(A) indicada na monitorização da volemia

(B) uma avaliação precisa da função ventricular esquerda

(C) constituída por quatro ondas ascendentes

(D) recomendada em pacientes com cardiopatia

(E) resultante da contração atrial a onda V

17) No preparo pré-operatório de paciente portador de feocromocitoma, pode-se afirmar que o:

(A) bloqueador adrenérgico deve ser iniciado antes do bloqueador adrenérgico

(B) bloqueador -adrenérgico deve ser iniciado 48 h antes da cirurgia

(C) prazosin está contra-indicado

(D) bloqueador adrenérgico está indicado nos casos de arritmia ou taquicardia persistente

(E) prazosin é um bloqueador – adrenérgico

18) Nas lesões traumáticas da medula espinhal, assinale a alternativa correta:

(A) a região mais freqüentemente acometida é a lombar baixa

(B) no choque medular os reflexos vasopressores são mantidos

(C) o choque espinhal tem duração máxima de 12 horas

(D) a hiperventilação protege a medula, aumentando o fluxo sanguíneo

(E) no trauma medular alto (T1-T4), o choque hemorrágico pode não produzir taquicardia

19) É causa mais comum de hiponatremia:

(A) excesso de água corporal total

(B) vômitos

(C) sudorese excessiva

(D) diarreia

(E) administração de diuréticos

20) Em pacientes politraumatizados, a ocorrência de hipotermia pode levar a:

(A) redução da resistência vascular periférica

(B) aumento do consumo de oxigênio tecidual

(C) alcalose metabólica

(D) aumento do ritmo de filtração glomerular

(E) aumento do débito cardíaco

21) Considere o caso de uma paciente com pancreatite aguda grave, apresentando instabilidade hemodinâmica (frequência cardíaca = 130, PVC = 4 mmHg, PAM = 45 mmHg), febril. Saturação venosa central < 60%, saturação arterial 80%, lactato > 4. Oligúrica. Uma tomografia computadorizada evidencia

importante edema pancreático e coleção líquida peri-pancreática, além de múltiplos cálculos na vesícula biliar. Qual a conduta mais apropriada?

- (A) Peritonostomia.
- (B) Diálise peritoneal.
- (C) Estabilização hemodinâmica + antibioticoterapia.
- (D) Colectomia videolaparoscópica e drenagem da coleção líquida.
- (E) Ressuscitação volêmica vigorosa, inicialmente com cristalóides e, se necessário, introduzir drogas vasoativas até otimizar o paciente PVC > 8 mmHg, PAM > 65 mmHg, urina > 0,5 ml/kg, SVO2 > 70%

22) No acompanhamento de uma paciente operada de câncer de mama, quais são as principais sedes de metástases?

- (A) rins, pulmões e ossos.
- (B) fígado, pulmões e rins.
- (C) cérebro, ossos e fígado.
- (D) ossos, pulmões e fígado.
- (E) ossos, ovários, e pulmões.

23) A respeito de apendicite aguda, são feitas as seguintes afirmações:

- I) Paciente com história clínica sugestiva, mas com ausência de sinais de irritação peritoneal, descarta essa hipótese.
- II) No paciente com grande suspeita de apendicite aguda, iniciada há 36 horas, não se deve aguardar por uma tomografia

computadorizada de abdome se ela não for realizada logo, porque o risco de perfuração aumenta em 5% a cada 12 horas.

- III) Paciente com 20 anos de idade, sexo masculino, relata que, há 18 horas, iniciou com dor epigástrica, e, há 12 horas, essa dor migrou para a fossa ilíaca direita, onde apresenta contratura muscular reflexa e descompressão dolorosa. Foram realizados hemograma e ultrassom abdominal com resultados considerados normais. Dessa forma, descarta-se a hipótese de apendicite aguda.

Está(ão) correta(s):

- (A) apenas I e II.
- (B) apenas I e III.
- (C) apenas II.
- (D) apenas II e III.
- (E) I, II e III.

24) Dr Odair está no plantão em Rorainópolis, interior do estado, onde não tem acesso a exames de imagem, e é surpreendido por um capotamento de um ônibus em que 5 passageiros são vítimas de trauma abdominal contuso com suspeita de lesão intra-abdominal. Em qual deles é contra-indicado o Lavado Peritoneal Diagnóstico?

- (A) Paciente Grávida
- (B) Paciente com TCE
- (C) Paciente paraplégico
- (D) Paciente com fratura de pelve
- (E) Paciente com sinal clínico de irritação peritoneal

25) Paciente masculino, 68 anos, apresenta episódios intermitentes de enterorragia misturada com as fezes. Há dois meses refere desconforto abdominal, nega puxo e tenesmo. Quais as hipóteses diagnósticas mais prováveis a investigar?

- (A) Neoplasia de cólon, diverticulose de cólon, pólipos colônicos.
- (B) Divertículo de Meckel, pólipos colônicos, doença de Crohn.
- (C) Doença de Crohn, úlcera duodenal, retocolite ulcerativa.
- (D) Retocolite ulcerativa, diverticulose de cólon, doença de Crohn.
- (E) Angiodisplasia, neoplasia de cólon, divertículo de Meckel.

26) Atualmente os cirurgiões tem tomado a conduta de iniciar precocemente a nutrição via enteral no paciente grave devido a trauma ou pós-cirúrgico. Qual a finalidade dessa conduta?

- (A) Evitar o íleo paralítico.
- (B) Evitar a atrofia dos enterócitos e a translocação bacteriana.
- (C) Evitar a úlcera gástrica e úlcera duodenal.
- (D) Evitar a formação de fecaloma.
- (E) Nenhuma das alternativas.

27) Paciente do sexo feminino 45 anos com descoberta de lesão polipóide de vesícula, séssil, com 9 mm de diâmetro, com múltiplos cálculos vesiculares, a melhor conduta é :

- (A) Expectante e em caso de rápido crescimento indica-se a ressecção laparoscópica da vesícula.
- (B) Indicação imediata de ressecção laparoscópica se não houver contra-indicações, tomando-se as devidas precauções de não abrir a vesícula e retirá-la dentro de luva ou protetor plástico.
- (C) Indicação de eco-endoscopia e acompanhamento.
- (D) Indicação de colecistectomia laparotômica
- (E) Indicação de colecistectomia laparoscópica associada bissegmentectomia IV-V.

28) Paciente de 67 anos com dor abdominal súbita com piora nas últimas horas, temperatura de 38 °C, abdômen em franca irritação peritoneal e ao estudo radiológico de abdômen agudo presença de pneumoperitônio. À laparotomia descoberta de divertículo de sigmóide perfurado não bloqueado com peritonite difusa. A melhor conduta seria :

- (A) Ressecção do segmento perfurado e colostomia (operação em dois tempos).
- (B) Ressecção do segmento perfurado e anastomose primária.
- (C) Colectomia total com íleo-reto anastomose.
- (D) Sutura do segmento perfurado e colostomia protetora.
- (E) Exteriorização do segmento perfurado como colostomia mais drenagem ampla da cavidade.

29) Paciente de 45 anos, masculino, submetido à laparotomia exploradora há 2 anos vítima de FAB sendo realizado enterorrafia e colorráfia. Evolui com quadro de distensão abdominal, vômitos e parada de eliminação de fezes e flatos. Após afastado íleo paralítico, a causa mais comum de obstrução intestinal mecânica é:

- (A) Hérnia estrangulada
- (B) Carcinoma de intestino
- (C) Brida
- (D) Volvulo intestinal
- (E) Abscesso intra-abdominal.

30) Dr Eder realizou uma traqueostomia de emergência na UTI do Hospital Geral de Roraima. Qual complicação cirúrgica não é esperada precocemente?

- (A) Hemorragia.
- (B) Perfuração do esôfago.
- (C) Pneumotórax.
- (D) Enfisema subcutâneo.
- (E) Fistula traqueocutânea.

31) Paciente do sexo masculino, 54 anos de idade, tem hipertensão arterial não controlada, é tabagista há 30 anos, e tem IMC de 33. Hoje, amanheceu com fraqueza muscular em membros superior e inferior direitos, além de desvio da comissura labial. Vem para a emergência, e no exame físico, além dos déficits descritos, também apresenta PA de 200/120mmHg. Em relação a abordagem desse paciente, é correto afirmar que:

- (A) Deve-se manter a PA entre 185/110mmHg.
- (B) A terapia trombolítica deve ser iniciada em até 4h do início dos sintomas.
- (C) Dentre as indicações para trombólise, temos: convulsão no início do quadro, evidencia de hemorragia subaracnóide na tomografia de crânio, tratamento prévio de neoplasia intracraniana.
- (D) Deve-se associar heparina de baixo peso molecular ao esquema de trombólise.
- (E) Se houver sinais de edema e desvio da linha média na TC de crânio, existe indicação para trombólise imediata.

32) Mulher de 42 anos de idade, sem comorbidades conhecidas, sem história de internação hospitalar prévia, procura atendimento médico com queixa de dispneia, tosse com expectoração, dor torácica ventilatório-dependente e febre baixa, há 2 dias. Ao exame física, encontra-se em regular estado geral, taquipneica, com FR 30 irpm, mucosas desidratadas ++/++++. Na ausculta pulmonar, estertores crepitantes em base de pulmão direito. A principal hipótese diagnóstica é pneumonia adquirida na comunidade. Os prováveis agentes etiológicos implicados são:

- (A) Bacilos Gram negativos
- (B) Legionella sp.
- (C) S. aureus
- (D) P. aeruginosa
- (E) S. pneumoniae

33) Mulher de 42 anos de idade, sem comorbidades conhecidas, sem história de internação hospitalar prévia, procura atendimento médico com queixa de dispneia, tosse com expectoração, dor torácica ventilatório-dependente e febre baixa, há 2 dias. Ao exame físico, encontra-se em regular estado geral, taquipneica, com FR 30 irpm, mucosas desidratadas ++/++++. Na ausculta pulmonar, murmúrio vesicular abolido na base pulmonar direita. Na radiografia de tórax, nota-se a presença de derrame pleural. Na análise do líquido pleural, a seguinte relação é verdadeira:

- (A) Proteína do líquido/proteína sérica $>0,5$ fala a favor de insuficiência cardíaca congestiva.
- (B) Relação LDH pleural/sérica $>0,6$ fala a favor de empiema parapneumônico
- (C) Gradiente albumina sérico/pleural $<1,2$ fala a favor de síndrome nefrótica
- (D) LDH pleural $>2/3$ do valor de referência sérico fala a favor de hidrotórax hepático
- (E) Proteína do líquido/proteína sérica $>0,5$ fala a favor de síndrome nefrótica

34) Paciente do sexo feminino, tem 45 anos de idade. Queixa de dificuldade de concentração, cansaço, queda de cabelo, pele seca, sonolência. A tireoide não é palpável, mas apresenta elevação de TSH e redução de T4 livre. Em relação a este caso e às doenças da tireoide, a letra correta é:

- (A) Neste caso, a principal hipótese diagnóstica é tireoidite de Hashimoto. Deve-se solicitar anticorpo anti-TPO.

(B) As doenças da tireoide costumam acometer mais homens do que mulheres, numa relação de 4:1

(C) O T4 livre é o exame de triagem inicial.

(D) A presença de T4 elevado fecha o diagnóstico de hipotireoidismo.

(E) O diagnóstico é confirmado apenas com a dosagem alterada do TSH

35) Paciente do sexo feminino, de 40 anos de idade que apresente palpitações, intolerância ao calor, fraqueza muscular proximal, perda ponderal importante, exoftalmia, tem dentre os diagnósticos diferenciais, tireotoxicose. Para confirmação diagnóstica de doença de Graves, principal forma de tireotoxicose, teremos o que esta descrito na letra:

(A) TSH normal ou aumentado e T4 livre alto

(B) TSH baixo e T4 livre normal

(C) TSH baixo e T4 livre alto

(D) TSH baixo e T4 livre baixo

(E) TSH baixo e T3 normal ou baixo

36) Paciente de 29 anos de idade, vem fazendo acompanhamento em decorrência de doença de Graves, e tem seus sintomas controlados com metimazol 20mg/dia. Entretanto, após período de atraso menstrual, teve confirmada gravidez. Neste caso, a melhor conduta para o tratamento da paciente em questão está descrita na letra:

(A) Manter metimazol, apenas reduzindo a dose para 10mg/dia

(B) Trocar metimazol por l131

- (C) Trocar metimazol por propiltiouracil, na dose efetiva mais baixa
- (D) Manter metimazol e associar propranolol
- (E) Fazer tireoidectomia total e iniciar levotiroxina

37) Paciente masculino, 50 anos de idade, hipertenso, tabagista e etilista de destilados há 30 anos. Interna com quadro edema em membros inferiores, dispneia aos médios esforços, aumento recente do volume abdominal e febre. Na investigação diagnóstica, foi detectado líquido livre na cavidade abdominal, achado que é compatível com o abdome em batráquio, descrito no seu exame físico. Na análise do líquido ascítico, a opção correta se encontra na letra:

- (A) GASA 1,1g/dl e proteína do líquido 2,5g/dl falam a favor, respectivamente, de carcinomatose peritoneal e síndrome nefrótica
- (B) GASA 1,1g/dl fala a favor de carcinomatose peritoneal
- (C) GASA 2,5 fala a favor de cirrose hepática
- (D) GASA 1,1g/dl e proteína do líquido <2,5 g/dl falam a favor, respectivamente de hipertensão portal e cirrose hepática
- (E) GASA 1,1 g/dl e proteína do líquido ascítico > 2,5 falam a favor, respectivamente, de hipertensão portal e cirrose hepática

38) Adriano, interno de medicina, sofre acidente com material perfuro cortante durante procedimento no hospital. Deseja saber se está infectado com o vírus da hepatite B (HBV). A

correta interpretação da sorologia encontra-se na letra:

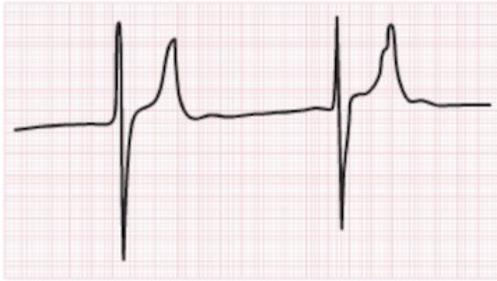
- (A) HBsAg não reagente, anti-HBc total não reagente, anti-HBsAg reagente, indicam vacinação previa.
- (B) HBsAg não reagente, anti-HBc total reagente, anti-HBsAg reagente, indicam infecção ativa pelo HBV
- (C) HBsAg não reagente, anti-HBc total reagente, anti-HBsAg não reagente, indicam imunidade após infecção por HBV.
- (D) HBsAg não reagente, anti-HBc total reagente, anti-HBsAg reagente indicam susceptibilidade ao vírus
- (E) HBsAg reagente, anti-HBc total não reagente, anti-HBsAg reagente, indicam doença ativa

39) Após passar por procedimento cirúrgico, a senhora Claudia passou a queixar-se de dor e contratura muscular. Ao exame físico, encontram-se os sinais de Chvostek e Trousseau positivos. A cirurgia pela qual passou a senhora Claudia, bem como o distúrbio ocasionado pela complicação cirúrgica são, respectivamente:

- (A) Nefrectomia e hipofosfatemia
- (B) Mastectomia e hipomagnesemia
- (C) Adrenalectomia e hipocalcemia
- (D) Pancreatectomia e hiponatremia
- (E) Tireoidectomia e hipocalcemia

40) O senhor Antônio tem cirrose hepática e faz uso de espironolactona. Passou a sentir desconforto torácico e palpitações. O residente

que o acompanha decidiu solicitar um eletrocardiograma, representado abaixo, que mostra ausência de onda P q onda T apiculada. O provável distúrbio encontrado no sr. Antônio, bem como a conduta mais adequada são, respectivamente:



- (A) Hiperfosfatemia e hemodiálise
- (B) Hipomagnesemia e gluconato de cálcio
- (C) Hiperpotassemia e solução de glic-insulina
- (D) Hipopotassemia e furosemida
- (E) Acidose metabólica e bicarbonato de sódio

41) Paciente cardiopata com desorientação, confusão mental alterações visuais, diarreia, náuseas, vômitos, arritmias cardíacas (com ritmos ectópicos, reentrada e bloqueio A-V). Deve se considerar:

- (A) hiperpotassemia.
- (B) Hipermagnesia.
- (C) uso de digital.
- (D) uso de betabloqueador.
- (E) uso de diurético.

42) Internado na UTI com quadro de infarto agudo do miocárdio antero lateral, começa a apresentar quadro de desconforto respiratório e na ausculta apresenta estertores em terço

médio em ambos hemitórax e sibilos, na classificação de Killip será:

- (A) Killip I.
- (B) Killip II.
- (C) Killip III.
- (D) Killip IV.
- (E) Nenhuma das anteriores.

43) Os médicos que atendem pacientes idosos em prontos-socorros, de modo prático, devem ter em conta, enquanto realizam a prescrição, os seguintes critérios, exceto:

- (A) evitar prescrições desnecessárias;
- (B) medicar sempre com a dose habitual;
- (C) facilitar a posologia;
- (D) optar pelas drogas mais seguras;
- (E) evitar tratar reações adversas a medicações com outras drogas.

44) Idoso com dispneia /taquipnéia dor torácica ,febre, hemoptise, cianose e taquicardia. Ao exame físico, estase jugular, atrito pleural, hiperfonese de segunda bulha no foco pulmonar e sopro sistólico na borda esternal inferior esquerda. O eletrocardiograma com taquicardia sinusal, alterações no segmento ST e onda T, sobrecarga ventricular direita P pulmonar e S1Q3T3, a hipótese diagnóstica é:

- (A) Tromboembolismo pulmonar
- (B) Pneumotórax.
- (C) Pneumonia.
- (D) Infarto agudo coronário.

(E) Sepses.

45) Em um trabalho retrospectivo (Brett apud Mokhlesi,2003) foram identificados fatores de risco clínico que podem prever se há necessidade de intervenção em terapia intensiva, com exceção de:

- (A) $\text{PaCO}_2 > 45$ mmHg, e necessidade de intubação endotraqueal;
- (B) convulsões induzidas por intoxicação exógena;
- (C) arritmias cardíacas, com descompensação hemodinâmica;
- (D) intervalo Q-RS com duração $\leq 0,12$ segundos;
- (E) bloqueio atrioventricular de 2° e 3° graus;

46) Não é fator para barotrauma:

- (A) trauma de tórax.
- (B) enfisema pulmonar.
- (C) derrame pleural.
- (D) pneumonia necrotizante.
- (E) Asma.

47) Síndrome "beta-adrenérgica", caracterizar-se pela presença de:

- (A) taquicardia, hipertensão e tremores, presentes superdosagens de albuterol, cafeína, terbutalina e teofilina.
- (B) hipertensão, bradicardia e midríase, e pode ocorrer nas exposições a doses elevadas de fenilpropranolamina e fenilefrina.

(C) hipertensão, taquicardia, midríase e ressecamento de mucosas e as principais substâncias incluem anfetaminas, cocaína, efedrina, fenciclidina e pseudoefedrina.

(D) Hipertermia, sinestésias, os quais podem ser causados por intoxicações exógenas por anfetaminas, maconha, cocaína, ácido lisérgico(LSD) e fenciclidina(pode apresentar miose).

(E) sonolência variável e coma, confusão mental, fala "pastosa", distúrbios respiratórios com apneia. Vários agentes depressores do SNC como anticonvulsivantes, antipsicóticos, barbitúricos, enzodiazepínicos, etanol e opiáceos podem ser os responsáveis

48) O tratamento do paciente gravemente intoxicado inclui as seguintes etapas:

- (A) avaliação inicial (ABCD da reanimação);
- (B) diminuição da absorção e aumento da excreção do tóxico;
- (C) administração de antagonistas e antídotos;
- (D) medidas de suporte e correção de distúrbios associados;
- (E) todas as acima.

49) Paciente com cefaléia, delírio, confusão, sonolência, evoluindo para insuficiência respiratória, convulsão, coma com risco de morte por herniação cerebral., pode ter um distúrbio hidroeletrólítico devido a:

- (A) hipomagnesemia.
- (B) Hipocalcemia..

- (C) hipokalemia.
- (D) Hiponatremia.
- (E) Hipofosfatemia.

50) Os mecanismos benéficos da hipotermia nos pacientes comatosos recuperados de uma parada cardio respiratória são elencados abaixo com exceção de:

- (A) Redução do consumo cerebral de glicose;
- (B) Supressão de reações químicas associadas com lesões de reperfusão;
- (C) Redução de reações de radicais livres que aumentam o dano cerebral;
- (D) Redução da liberação do cálcio intracelular e modulação da apoptose;
- (E) Modulação da resposta antiinflamatória inflamatória

RASCUNHO

RASCUNHO DE GABARITO

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	

26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	