

BOA SORTE !

01. Paciente de 56 anos, hipertenso e diabético chega à emergência com quadro de dor precordial em aperto, com irradiação para membro superior esquerdo, sudorese, palidez e náusea, com duração de 40 minutos, contínua. Pressão arterial na entrada de 70 X 40. No eletrocardiograma, encontramos supra desnivelamento de ST em D2, D3 e AVF, além de supra desnivelamento de ST em V3R e V4R. Marque a alternativa INCORRETA.

- A) Provável infarto de ventrículo direito, pela presença de hipotensão e supra desnivelamento de V3R e V4R.
- B) Nos casos de sinais de infarto inferior, é mandatório lembrar as derivações que fazem diagnóstico de infarto de ventrículo direito, presente em 50% destes casos.
- C) Neste caso, a reposição volêmica é uma das principais medidas para restauração da pressão arterial.
- D) Se disponível no hospital, o encaminhamento para a sala de hemodinâmica para este paciente, nas primeiras 12 horas do início da dor, seria fundamental para tentativa de revascularização da artéria culpada (provavelmente a artéria coronária direita).
- E) Iniciar o tratamento padrão para infarto do miocárdio, com nitrato, beta-bloqueador, AAS, heparina e oxigênio.

02. Paciente de 60 anos, coronariopata, hipertenso e diabético chega à emergência com queixa de dispnéia progressiva relacionada com esforço, dispnéia paroxística noturna e edema de MMII. Ao exame, você percebe estase de jugular, hepatomegalia dolorosa à palpação e refluxo hepato-jugular, além de crepitações nas bases pulmonares. O paciente fazia uso de propranolol, diltiazem, AAS e metformina. Marque a alternativa INCORRETA.

- A) A presença de B3 na ausculta cardiovascular seria, também, um dos sinais clínicos com maior especificidade para o diagnóstico de insuficiência cardíaca.
- B) A presença de crepitações nas bases pulmonares é mais um dado que fala a favor da presença de congestão pulmonar, mas pode estar ausente em até 70% dos casos.
- C) Se um ecocardiograma confirmar insuficiência cardíaca sistólica, deveremos, a princípio, pensar em suspender o propranolol e o diltiazem e iniciar um beta-bloqueador, como o carvedilol, associado a um inibidor da enzima conversora de angiotensina e aldactone, além de medicações para congestão pulmonar, conforme necessidade do paciente (digoxina e diuréticos).
- D) A associação de estatina para este caso deve ser feita, buscando níveis de LDL abaixo de 130mg/dL e triglicerídeos abaixo de 150mg/dL.
- E) Evitar uso da rosiglitazona para seu controle glicêmico, por esta ter recentemente mostrado eventos adversos relacionados ao sistema cardiovascular.

03. Paciente de 68 anos, diabético, com história de tabagismo importante, chega à emergência com história de tosse com secreção nos últimos 4 dias, associado a quadro de dispnéia, desorientação, cianose de extremidades, estertores grosseiros em hemitórax direito, taquicardia e pressão arterial de 80 X 40. Marque a alternativa INCORRETA.

- A) A presença de estertores grosseiros no hemitórax direito pode indicar congestão pulmonar, e o início mais precoce de drogas vasoativas no lugar da reposição volêmica vigorosa é o mais indicado.
- B) A gasometria arterial é fundamental na avaliação inicial, para verificação do grau de acidemia, oxigenação, dosagem de lactato, entre outros parâmetros importantes na condução deste caso.
- C) O paciente parece estar em iminência de intubação orotraqueal, e, nesta situação, o uso da ventilação não invasiva não é adequado.
- D) A associação de beta lactâmico de amplo espectro com macrolídeo seria adequada para este caso na ausência de fatores de risco importantes para bactérias multirresistentes.
- E) A associação de corticóide venoso está indicada na ausência de resposta de elevação da pressão arterial após reposição volêmica adequada e início de drogas vasoativas.

04. Paciente de 49 anos chega à emergência com queixa de cefaléia frontal, em faixa, associada a náuseas, quadro que está sempre associado a pressões elevadas, segundo ele. Ao exame físico, não há sinais focais neurológicos nem de hipertensão crâniana, ausculta respiratória e cardíaca normais e pressão arterial de 170 por 110. Assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Os níveis tensionais desejáveis para o paciente hipertenso que chega à emergência devem ser em torno de 140mmHg de sistólica e 90mmHg de diastólica, salvo em casos de AVC hemorrágico ou dissecção de aorta em que procuramos estabilizar a pressão abaixo de 120mmHg de sistólica e 80mmHg de diastólica.
- B) Se este mesmo paciente apresentasse sinais neurológicos focais, antes de qualquer medida anti-hipertensiva, seria importante uma tomografia computadorizada de crânio para excluir lesões com efeito de massa, como AVC hemorrágico.
- C) Neste caso, talvez o tratamento mais adequado seria a administração de analgésicos e antieméticos, com posterior avaliação da pressão arterial após alívio da dor e da náusea.
- D) Caso se opte por redução dos níveis tensionais, devemos dar preferência a medicações, como os inibidores da enzima conversora de angiotensina, cujo efeito hipotensor imediato por via oral é mais brando, evitando os efeitos hipotensores agudos causados, por exemplo, pelos bloqueadores de canais de cálcio tipo nifedipina por via sublingual.
- E) Mais importante do que reduzir os níveis tensionais na emergência e a orientação do paciente na procura pelo ambulatório onde serão discutidas as causas identificáveis da hipertensão, lesões de órgão alvos, terapêutica adequada e seguimento.

05. Você está de plantão na emergência, quando chega um paciente de 45 anos, coronariopata e diabético que foi encontrado pela esposa em parada cardiorrespiratória 5 minutos após estar discutindo fortemente com ela sobre o aluguel da casa e ter ido ao quarto para ficar um tempo só. O paciente mora perto da emergência, e o tempo estimado de parada é de 15 minutos. Assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Uma etapa muito esquecida na reanimação cardiorrespiratória é a ventilação de resgate, que deve ser feita logo após não conseguirmos ouvir, ver ou sentir movimentos respiratórios. Só depois dessas duas ventilações por ambu, é que deveríamos buscar pulso carotídeo.
- B) O paciente foi ventilado, você não sentiu o pulso carotídeo, e, no monitor, é identificada fibrilação ventricular. Devemos, neste momento, desfibrilar o paciente com 360J e verificar o pulso. Se ausente, proceder a uma nova desfibrilação com 360J e iniciar massagem cardíaca externa.
- C) Caso o ritmo no monitor fosse de assistolia, após massagem inicial de dois minutos com ventilação por ambu, proceder com intubação orotraqueal e administrar adrenalina, seguida de nova massagem cardíaca com ventilação em ciclos de dois minutos com checagem de pulso após, se houver padrão compatível com presença de pulso no monitor.
- D) A passagem de marcapasso transcutâneo de emergência em casos de assistolia ou de atividade elétrica sem pulso não é mais recomendada.
- E) Se, neste caso, o paciente fosse reanimado com sucesso, seria de fundamental importância a solicitação de eletrocardiograma para exclusão de infarto do miocárdio como causa da parada cardiorrespiratória, principalmente, se o mecanismo de parada fosse por fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular.

06. Paciente de 32 anos, com história de cirurgia para troca de válvula mitral biológica há dois anos, fazendo profilaxia com penicilina benzatina corretamente, chega à emergência com quadro de febre há dois dias, sem foco aparente e se diz preocupado com a possibilidade de endocardite bacteriana. Assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Como o paciente está estável, sem sinais de complicações, o mais adequado seria solicitarmos exames de rotina para paciente febril, com especial atenção para hemocultura e ecocardiograma. Para este caso, só deve ser iniciada antibioticoterapia para endocardite após forte evidência clínica ou laboratorial desta patologia.
- B) Os principais agentes etiológicos envolvidos são os estreptococos viridans e os *estafilococos aureus*.
- C) Por ser endocardite de válvula biológica, o esquema inicial empírico deveria constar de vancomicina, rifampicina e gentamicina.
- D) Se identificado o agente etiológico, podemos suspender alguns dos antibióticos direcionados para o tratamento empírico e prosseguir orientado pelo antibiograma.
- E) A presença de febre por até 15 dias, desde que mantido o bom estado geral do paciente, não indica falha terapêutica.

07. Paciente de 45 anos, submetido à correção de fratura de tíbia após acidente automobilístico há 15 dias, por imobilização com gesso, chega à emergência com quadro de dispnéia de início súbito, associado à dor no hemitórax esquerdo, sem irradiação para membros. Está com boa saturação, consciente e orientado, apresentando pressão arterial de 190 por 130. Assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A dosagem de d-dímero nos pacientes que chegam à emergência está sendo abandonada pelo alto índice de falsos negativos, mesmo nos pacientes com baixa probabilidade clínica de tromboembolismo pulmonar.
- B) A tomografia computadorizada de alta resolução vem substituindo a cintilografia como exame de primeira linha para diagnóstico de tromboembolismo pulmonar, sendo esta reservada, principalmente, para pacientes com disfunção renal ou alergia a contraste.
- C) A arteriografia segue como exame padrão-ouro para o diagnóstico, sendo geralmente solicitado nos casos de alta suspeita clínica, quando a tomografia ou cintilografia não confirma tromboembolismo pulmonar ou outras causas de dispnéia.
- D) A presença de hipertensão arterial acima de 180 por 120 é uma contra-indicação relativa para uso de trombolíticos, e, neste caso, se houvesse indicação de trombólise, deveríamos primeiro estabilizar sua pressão arterial.
- E) Além da instabilidade hemodinâmica, a disfunção do ventrículo direito ao exame do ecocardiograma vem sendo adotada como outro critério para uso dos trombolíticos.

08. Com relação às anemias, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Na anemia ferropriva, encontramos ferro sérico baixo, aumento da produção da transferrina, baixa saturação da transferrina, baixa ferritina e citocinas normais.
- B) Na anemia da doença crônica, encontramos ferro sérico baixo, saturação da transferrina baixa, ferritina alta e citocinas altas.
- C) Na anemia hemolítica, encontramos aumento da bilirrubina indireta, hemoglobinúria, aumento da haptoglobina, aumento do DHL e baixa dos reticulócitos.
- D) São causas de anemia hemolítica por destruição intravascular as anemias microangiopáticas, as reações transfusionais, a hemoglobinúria paroxística noturna e infecções.
- E) A macrocitose é encontrada em outras patologias, além da anemia megaloblástica: anemia hemolítica, hipotireoidismo, alcoolismo, doença hepática e anemia aplásica.

09. Sobre o estudo do líquido ascítico, marque a alternativa INCORRETA.

- A) A presença de polimorfonucleares acima de 250, com cultura negativa, caracteriza a ascite netrocítica, devendo ser tratada como peritonite bacteriana espontânea.
- B) A presença de polimorfonucleares acima de 250, com cultura positiva, proteína total acima de 1,0g, glicose < 50 e DHL > 225 caracteriza a peritonite bacteriana espontânea, sendo indicado tratamento.
- C) A contagem de polimorfonucleares menor que 250, com cultura positiva, caracteriza a bacterascite, e no paciente sintomático, devemos tratar como peritonite bacteriana espontânea.
- D) Se após início do tratamento para peritonite bacteriana espontânea, repetirmos a paracentese, e, se houver queda menor que 25% nos polimorfonucleares, poderemos considerar falha terapêutica e trocarmos o antibiótico.
- E) A ascite com número de polimorfonucleares menor que 250 e com cultura negativa é chamada de ascite estéril.

10. Sobre leptospirose, marque a alternativa INCORRETA.

- A) As aminotransferases estão elevadas, com predomínio da AST em relação à ALT, mas, geralmente, os níveis estão abaixo de 200 U/L, o que ajuda a diferenciar das hepatites virais agudas.
- B) Amilase sérica pode estar alterada em até 3 vezes os valores normais.
- C) A hemorragia pulmonar maciça está entre as principais causas de morte.
- D) A presença de miocardite, arritmias ou ocorrência de morte súbita ajudam a eliminar a possibilidade de leptospirose num quadro de icterícia febril.
- E) Doxiciclina, penicilina G, ampicilina, amoxacilina, ceftriaxone e cefotaxima são antibióticos usados no tratamento da leptospirose.

11. Com relação à hepatite B, marque a alternativa INCORRETA.

- A) O estado de imunidade para a hepatite B é dado pela presença de: anti-HBs e anti-HBc total positivos (após infecção); anti-HBs isolado (após vacina).
- B) Na infecção crônica pela hepatite B, temos HbsAg e anti HBc total positivos (HBeAg ou anti-HBe positivo).
- C) Os critérios para tratamento da hepatite por vírus B incluem: HbsAg positivo por, no mínimo, seis meses, HBV-DNA acima de 10 a quinta cópias/mL em HbeAg positivo, elevação persistente ou intermitente dos níveis de ALT e/ou evidência de atividade significativa na biópsia hepática
- D) Quadros gripais, astenia, anorexia, cefaléia, pancitopenia, fenômenos auto-imunes e alterações psiquiátricas estão entre os efeitos colaterais do interferon.
- E) Uma vantagem do interferon é a de poder ser feito na vigência de cirrose hepática descondensada, que é uma das contra-indicações do uso da lamivudina.

12. Sobre strongiloidíase, marque a alternativa INCORRETA.

- A) A strongiloidíase é dita disseminada quando há disseminação sistêmica da larva filaróide para sítios diferentes do padrão habitual de migração, podendo invadir virtualmente qualquer órgão.
- B) Na síndrome de hiperinfecção, ocorre um aumento da carga parasitária devido a uma aceleração do processo de auto-infecção. Nestes casos, os sintomas gastrointestinais e pulmonares são mais graves.
- C) Íleo paralítico, obstrução intestinal, hematemese, asma brônquica, broncopneumonia, hemoptise e cavitações pulmonares são complicações da síndrome de hiperinfecção.
- D) Em pacientes com HIV/SIDA, devemos ter atenção especial com a síndrome de hiperinfecção, pois, neste subgrupo, o risco de desenvolvê-la é maior.
- E) O tratamento da strongiloidíase não complicada é feito com drogas, como a ivermectina e o tiabendazol.

13. O uso do sulfametoxazol trimetopim ainda é considerado terapia de primeira linha nos casos de cistite não complicada na mulher, em todas as condições abaixo, EXCETO.

- A) Não ter história de intolerância à droga.
- B) Não ter usado antibiótico, especialmente SMZ/TMP, nos últimos 3 meses.
- C) Não ter sido recentemente hospitalizada.
- D) Se a prevalência de E.coli resistente ao sulfametoxazol trimetopim na área não for maior que 20%.
- E) Apresentar ao USG apenas cálculos renais, cistos renais ou divertículos vesicais.

14. Sobre a artrite reumatóide, marque a alternativa INCORRETA.

- A) Rigidez matinal, artrite de articulações das mãos, nódulos reumatóides e o fator reumatóide positivo fazem parte dos critérios diagnósticos da doença.
- B) Mais recentemente, o uso do metotrexato tem sido questionado devido ao risco de pancitopenia, fibrose pulmonar e fibrose hepática, sendo reservado para os casos graves que não responderam à terapia com antiinflamatórios e hidroxiclороquina.
- C) Endocardite infecciosa, AIDS, hepatite B e C, esquistossomose e filariose estão entre as doenças não reumáticas relacionadas à positividade do fator reumatóide.

- D) São características do líquido pleural por artrite reumatóide: complemento baixo, colesterol alto, glicose < 25mg/dL e predomínio linfocitário.
- E) A síndrome de Felty, apesar de ocorrer em casos mais graves e deformantes, pode ser a manifestação inicial, precedendo a instalação da sinovite.

15. Sobre esquistossomose mansônica, marque a alternativa INCORRETA.

- A) A forma aguda ou febre de Katayama se apresenta com febre, cefaléia, mialgias generalizadas, linfadenopatia generalizada e hepatoesplenomegalia.
- B) Na forma hepatoesplênica, é rara a ocorrência de cirrose avançada, e esta geralmente ocorre quando existe associação com outras doenças, como as hepatites, o alcoolismo ou trombose de veia porta.
- C) No tratamento da forma cardiopulmonar (com cor pulmonale), deve-se evitar o uso concomitante de corticóides e o tratamento específico para esquistossomose devido ao risco de aumento agudo da pressão pulmonar.
- D) A nefropatia por esquistossomose apresenta duas características importantes: o tratamento específico da esquistossomose não reverte as lesões renais já estabelecidas, e o uso associado de corticóides ou imunossupressores não melhora nem estaciona o curso da doença.
- E) Na neuroesquistossomose, o LCR apresenta hipercloruridade, aumento do número de eosinófilos e de proteínas e teste imunológico para esquistossomose positivo.

16. Com relação à tuberculose associada ao HIV, marque a alternativa INCORRETA.

- A) Decorre, principalmente, de infecção primária, sendo o risco também aumentado para reativação de infecção latente.
- B) A infecção pelo HIV aumenta em até 30 vezes o risco de desenvolver tuberculose-doença em infectados.
- C) A doença pelo HIV progride mais rapidamente naqueles com tuberculose.
- D) Em pacientes com AIDS, o padrão assemelha-se à primoinfecção tuberculosa, com adenopatias hilares.
- E) No Brasil, tuberculose é considerada doença definidora de AIDS, quando mostra padrão radiográfico atípico, formas extrapulmonares ou disseminadas.

17. Uma paciente de 50 anos é trazida à emergência com quadro de rebaixamento do nível de consciência, hipotermia, infiltração da pele e apatia. A filha relata que ela mora sozinha, andava depressiva e havia parado por conta própria seu remédio que usava para tratar hipotireoidismo. Qual das medidas abaixo NÃO faz parte do tratamento para este quadro?

- A) Aquecimento da paciente e assistência ventilatória adequada.
- B) Administração de fenobarbital que diminui o metabolismo periférico dos hormônios tireoidianos.
- C) Busca outros fatores precipitantes, como infecção urinária e pulmonar.
- D) Tratamento de complicações metabólicas, como a hiponatremia.
- E) Reposição hormonal com glicocorticóides e hormônios tireoidianos.

18. Qual o esquema clássico preconizado pela OMS para tratamento da hanseníase na sua forma multibacilar?

- A) Dapsona e rifampicina por 6 meses.
- B) Dapsona e rifampicina por 12 meses.
- C) Dapsona, rifampicina e clofazamina por 6 meses.
- D) Dapsona, rifampicina e talidomida por 12 meses.
- E) Dapsona, rifampicina e clofazamina por 12 meses.

19. Sobre escabiose, marque a alternativa INCORRETA.

- A) O principal sintoma é o prurido, e a principal lesão é linear, com uma vesícula terminal. Pode haver polimorfismo regional.
- B) A sarna norueguesa é uma forma de apresentação infrequente, caracterizada por uma infestação maciça pelo ácaro em razão de uma resposta inadequada do hospedeiro, produzindo mudanças hiperplásicas na epiderme.
- C) O enxofre a 5% e o tiabendazol tópicos devem ser evitados nas gestantes.
- D) A ivermectina é uma opção para o tratamento desta patologia por via oral.
- E) O tratamento da família e dos contactantes é uma etapa fundamental para o sucesso do tratamento.

20. Você recebe em seu ambulatório um paciente com história de dor epigástrica recorrente. A endoscopia mostra úlcera péptica, com biópsia positiva para *H. pylori*. Qual o melhor esquema abaixo para dar início ao tratamento deste paciente?

- A) Não devemos tratar, por não haver consenso no tratamento de úlcera péptica relacionado com a presença do *H. pylori*.
- B) Iniciar tratamento com inibidor de bomba de prótons (IBP) por 30 dias e reavaliação com endoscopia após dois meses.
- C) Iniciar tratamento com inibidor de bomba de prótons por 30 dias e só solicitar endoscopia, se não houver boa resposta clínica.
- D) Iniciar tratamento com um IBP associado a metronidazol e claritromicina. Uma alternativa seria o tratamento com IBP associado à amoxicilina e tetraciclina. Este esquema teria duração entre 7 a 14 dias
- E) Iniciar tratamento com um IBP e o metronidazol ou claritromicina em associação à amoxicilina ou tetraciclina, por 7 a 14 dias.

21. Com relação ao mecanismo de ação dos hipoglicemiantes orais, marque a alternativa INCORRETA.

- A) Biguanidas: inibem a produção hepática de glicose.
- B) Inibidores da alfa glucosidase: inibem a absorção intestinal de carboidratos.
- C) Tiazolidinedionas: aumentam a captação periférica de glicose.
- D) Sulfonilureias: estimulam a secreção pancreática de insulina.
- E) Meglitinas: melhoram a sensibilidade periférica à insulina.

22. Qual das causas de hiponatremia citadas abaixo é a mais provável para um paciente que se encontre euvolêmico e com a osmolalidade sanguínea baixa?

- A) Síndrome da secreção inapropriada do ADH.
- B) Síndrome nefrótica.
- C) Diarréia.
- D) Hiperglicemia.
- E) Insuficiência renal crônica.

23. Paciente em investigação de diarréia crônica, sem doenças sistêmicas conhecidas nem antecedente de cirurgias, que não usa drogas laxantes apresenta parasitológico de fezes negativo, lâmina direta sem presença de sangue ou leucócitos, Sudam negativo e hiato osmótico normal terá mais provavelmente diarréia do tipo

- A) secretória.
- B) inflamatória.
- C) esteatorréia.
- D) osmótica.
- E) funcional.

24. Com relação ao manejo da depressão, marque a alternativa INCORRETA.

- A) No primeiro episódio, deve-se optar pela escolha da medicação de eficácia comprovada em algum dos familiares que, porventura, já tenha apresentado depressão.
- B) No caso de depressão grave, há uma tendência ao uso dos tricíclicos.
- C) Na presença de sintomas psicóticos, o uso dos antipsicóticos melhora a eficácia do tratamento.
- D) A fluoxetina é um dos antidepressivos mais prescritos na prática clínica, devido ao seu rápido metabolismo e à meia vida curta, o que a torna ideal para idosos que, geralmente, se apresentam em uso de diversas medicações.
- E) Se insônia, ansiedade ou anorexia forem sintomas importantes no quadro, preferir os tricíclicos ou mirtazapina.

25. Qual das seguintes reações transfusionais abaixo NÃO é considerada imediata?

- A) Hipercalemia.
- B) Bacteremia.
- C) Anafilaxia.
- D) Hipocalcemia.
- E) Doença enxerto versus hospedeiro.

26. Você iniciou um tratamento para um adulto jovem com asma persistente moderada com corticóide inalatório em dose baixa e uso de beta agonista de curta ação nas crises, porém ele ainda se encontra sintomático após consulta de retorno ao ambulatório. Qual a melhor conduta terapêutica para este caso entre as citadas abaixo?

- A) Suspender o corticóide inalatório e iniciar inibidor de leucotrieno.
- B) Associar beta adrenérgico de longa duração.
- C) Associar corticóide oral em dose baixa.
- D) Associar uma droga anti-IgE.
- E) Aumentar a dose do corticóide inalatório e associar teofilina.

27. Qual das condutas citadas abaixo é inadequada no atendimento inicial de um paciente em estado de mal epilético?

- A) Manutenção da pressão arterial abaixo de 120 X 80 mmHg.
- B) Administração de glicose a 50% 50ml e tiamina 100mg.
- C) Monitorização eletroencefalográfica.
- D) Administração de diazepam e fenitoína.
- E) Iniciar oxigênio nasal.

28. Com relação à leishmaniose visceral, marque a alternativa INCORRETA.

- A) Pancitopenia, albuminúria, leucocitúria, hipergamaglobulinemia policlonal e leve alteração de transaminases são alguns dos achados laboratoriais.
- B) A punção esplênica é o método de diagnóstico parasitológico direto mais sensível.
- C) Um exame sorológico pode ser positivo em indivíduos provenientes de áreas endêmicas, não sendo indicativo de doença atual.
- D) O glucantime é a droga de escolha para tratamento da leishmaniose visceral, mesmo nos casos de co-infecção com HIV.
- E) A falha terapêutica é definida como ausência de cura clínica após 20 dias de uso do glucantime, sendo a anfotericina B ou a pentamidina as drogas de segunda linha.

29. Qual dos antibióticos citados abaixo NÃO está preconizado para o tratamento da sífilis?

- A) Ceftriaxona.
- B) Penicilina G benzatina.
- C) Ciprofloxacina.
- D) Doxiciclina.
- E) Tetraciclina.

30. Qual das seguintes combinações de drogas seria a mais adequada para um paciente em insuficiência cardíaca refratária, que estivesse em uso de beta-bloqueador e que necessitasse de drogas inotrópicas?

- A) Noradrenalina e levosimendana.
- B) Dobutamina e milrinone.
- C) Milrinone e levosimendana.
- D) Dobutamina e dopamina.
- E) Dopamina e noradrenalina.

CONHECIMENTOS ESPECIFICOS

31. Os anticoagulantes têm sido utilizados com frequência cada vez maior, no paciente cirúrgico. Sobre o uso de Warfarin, é CORRETO afirmar.

- A) Bloqueia também as proteínas C e S, que têm uma meia-vida curta, motivo pelo qual o Warfarin pode predispor à trombose no início de sua administração.
- B) É preferível à heparina na anticoagulação da grávida, por ser menos teratogênico.
- C) Atua impedindo a incorporação da vitamina K na molécula dos fatores K dependentes (II, VII, IX e X).
- D) Para reverter sua ação, em pacientes com função hepática normal, é necessário administrar vitamina K parenteral e sulfato de protamina.
- E) Para reverter seu efeito em casos muito urgentes, o crioprecipitado é mais efetivo do que o plasma fresco congelado.

32. Qual das patologias pancreáticas abaixo é capaz de provocar uma dilatação difusa do Wirsung e uma papila alargada e entreaberta, drenando grande quantidade de fluido pancreático?

- A) Pancreatite crônica calcificante.
- B) Neoplasia papilar cística intraductal.
- C) Adenocarcinoma ductal da cabeça do pâncreas.
- D) Pâncreas *divisum*.
- E) Pancreatite crônica auto-imune.

33. Para haver colangite, é obrigatória a presença de

- A) Dor abdominal.
- B) Icterícia clínica ou, pelo menos, laboratorial (BT > 2).
- C) Febre alta com calafrios.
- D) Acolia fecal.
- E) Estase biliar.

34. A evolução da PA grave pode ser dividida em 2 fases: uma fase precoce (até 10 a 14 dias do seu início) e uma fase tardia (após cerca de 14 dias da doença). Em relação a essa doença, é CORRETO afirmar.

- A) A mortalidade da fase precoce está relacionada, principalmente, à infecção, e a da fase tardia, à falência de múltiplos órgãos.
- B) A TC de abdômen sem contraste é a melhor maneira de quantificar a necrose pancreática.
- C) Uma TC de abdômen com contraste deve ser feita logo que o paciente chega ao hospital e o diagnóstico de PA é suscitado. Paralelamente, inicia-se reposição volêmica, antibióticos etc.
- D) Ao contrário do que se imaginava, a cura após um surto de PA grave pode deixar seqüelas, como diabetes melitus, por exemplo.
- E) A PA hereditária decorre de uma litíase biliar, que acontece na infância, e a colecistectomia é curativa

35. No que concerne à semiologia do sangramento gastrointestinal obscuro (endoscopia digestiva alta e colonoscopia normais), é CORRETO afirmar.

- A) A cintilografia, quando positiva, identifica o local exato de sangramento. Vem-se tornando o exame ideal para esse tipo de avaliação.
- B) O TC de abdômen com contraste helicoidal "multislice" avalia bem a mucosa do delgado e vem se tornando o exame ideal para esse tipo de avaliação.
- C) A cápsula endoscópica e a enteroscopia com duplo balão são os melhores exames para o seu diagnóstico. O último ainda permite intervenções terapêuticas.
- D) A arteriografia não deverá ser feita na vigência de sangramento ativo importante com repercussão hemodinâmica.
- E) A cintilografia com hemácias marcadas só deverá ser realizada nos sangramentos ativos importantes e sempre precedida de uma arteriografia.

36. Considere um paciente de 52 anos, masculino, imunocompetente, sem comorbidades conhecidas e que apresenta (pela 1ª vez) quadro de dor contínua na FIE associada e febre, calafrios, anorexia. No exame físico, há evidentes sinais de irritação peritoneal no QIE. Ruído hidroaéreos normais. Sobre esse paciente e sua patologia, é CORRETO afirmar.

- A) A presença de diarreia discreta a moderada com sangramento retal vivo de pequena a moderada quantidade falaria contra o diagnóstico da DIVERTICULITE aguda.

- B) Se a TC confirmou diverticulite e houve boa resposta ao tratamento médico, a indicação cirúrgica é consensual na literatura algum tempo após a cura dessa crise.
- C) Se a TC confirmar diverticulite aguda, é necessário realizar imediatamente uma colonoscopia, para excluir um câncer de cólon.
- D) Se houver necessidade de cirurgia, a colectomia esquerda (ou sigmoidectomia) com anastomose primária é contra-indicada.
- E) Em pacientes jovens (< 40 anos), tende a ser menos agressiva, respondendo muito bem ao tratamento clínico.

37. Quanto à síndrome compartimental do abdômen, é INCORRETO afirmar.

- A) O sistema gastrointestinal é, geralmente, poupado até fases tardias da doença.
- B) Pode levar à hipertensão intracraniana.
- C) Nas fases iniciais, deve ser tratada com reposição líquida a despeito de uma PVC elevada.
- D) Geralmente é acompanhada de diminuição do volume de enchimento ventricular e aumento de: PVC; PECP (Pressão Encravada Capilar Pulmonar), RVP (Resistência Vascular Pulmonar), RVS (Resistência Vascular Sistêmica) e PPI (Pressão de Pico Inspiratória).
- E) Geralmente é acompanhada de aumento das citocinas pró-inflamatórias.

38. Em relação à obstrução intestinal, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A presença de sinal de Rigler sugere obstrução em alça fechada
- B) A presença de vômitos num tumor de cólon direito é mais freqüente, se a válvula ileocecal é competente.
- C) A sonda nasogástrica é obrigatória para seu tratamento clínico e é desnecessária, se a opção de tratamento for cirúrgico.
- D) No intestino grosso, o vólvulo acomete mais o sigmóide e nunca acomete o cólon ascendente e descendente.
- E) No seu início, vem acompanhada de irritação do peritônio visceral, mas não, do parietal.

39. Qual das opções abaixo NÃO classifica corretamente o tipo de ferida cirúrgica (F.O.) em relação ao grau de contaminação?

- A) A FO de uma colecistectomia videolaparoscópica é considerada como uma ferida limpa.
- B) A FO de uma hemicolectomia para retirada de um tumor de cólon perfurado é considerada como uma ferida suja.
- C) A FO de uma hernioplastia inguinal eletiva é considerada como uma ferida limpa.
- D) A FO de uma pneumectomia para retirada de um tumor de pulmão é considerada como limpa-contaminada.
- E) A FO de uma apendicectomia para retirada de uma apendicite aguda não perfurada é considerada como contaminada.

40. O estudo das estomias (colostomia e ileostomia) permite afirmar.

- A) A incidência de prolapso é maior na colostomia em alça do que na ileostomia em alça.
- B) A incidência de hérnia paraestomal é menor, quando a estomia situa-se lateralmente aos retos abdominais.
- C) A incidência de encarceramento/estrangulamento nas hérnias paraestomais é elevada, o que torna obrigatória a indicação cirúrgica dessas hérnias uma vez diagnosticadas.
- D) A necessidade de everter a estomia, colocando-a 2 a 3 cm acima da pele, é maior na colostomia do que na ileostomia.
- E) A retração do estoma é mais freqüente em pacientes magros e quando a estomia é bem vascularizada.

41. No que tange à alimentação com sonda, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Para iniciar a alimentação enteral, a extremidade da sonda deve estar na 1ª alça jejunal ou duodeno distal, enquanto no estômago, independentemente da patologia, a enteral não pode nem deve ser iniciada.
- B) É contra-indicada no íleo paralítico ou na obstrução intestinal.
- C) Havendo obstrução total da cárdia, pode-se colocar a sonda no estômago, através de punção gástrica percutânea guiada por fluoroscopia.
- D) Num politraumatizado com TCE e fratura da base do crânio, a sonda deve ser passada somente por via oral. A via nasal é contra-indicada.
- E) A alimentação enteral pode ser associada à alimentação parenteral tanto central como periférica.

42. Os tumores do fígado (hepatocarcinoma)

- A) geralmente ocorrem em fígado cirrótico, especialmente os do tipo fibrolamelar.
- B) devem ser submetidos, sempre que possível, à biópsia antes da hepatectomia.
- C) têm irrigação predominante através dos ramos venosos portais.
- D) podem causar hipertensão portal em pacientes sem doença hepática crônica.
- E) geralmente se acompanham de icterícia, que acontece na maioria dos casos e de modo precoce.

43. Nas opções abaixo, encontramos uma patologia hepática e, ao lado, seu tratamento mais freqüente. Em uma das opções, esse tratamento está INCORRETO. Assinale-o.

- A) Hemangioma $\Rightarrow$ observação.
- B) Hiperplasia nodular focal $\Rightarrow$ observação.
- C) Adenoma hepático $\Rightarrow$ ressecção.

D) Abscesso hepático $\Rightarrow$ antibioticoterapia com ou sem drenagem percutânea.

E) Cisto biliar $\Rightarrow$ ressecção parcial da parede do cisto para via laparoscópica [destelhamento (UNROOF)].

44. Considerando-se os avanços no estudo do trauma fechado (contuso) de tórax com ruptura de aorta, é CORRETO afirmar.

A) Os melhores exames para diagnóstico são a arteriografia clássica e o ecocardiograma transesofágico. A TC com contraste tem sido cada vez menos utilizada.

B) Há uma tendência mundial em diminuir, ao máximo, o uso de betabloqueadores.

C) A USG endovascular não tem utilidade para esse diagnóstico.

D) Há um aumento na colocação de STENT por via endovascular, evitando-se a cirurgia aberta, apresentando resultados semelhantes ou até melhores do que esta.

E) O uso de prótese pela via endovascular aumenta os riscos de paraplegia em relação à cirurgia aberta.

45. Em relação às hérnias crurais, assinale a alternativa CORRETA.

A) Ao contrário das hérnias inguinais, não têm qualquer relação com o orifício miopectíneo de Fruchaud.

B) Ao contrário das hérnias inguinais, não se beneficia da correção por via laparoscópica.

C) Ao contrário das hérnias inguinais, praticamente inexiste hérnia crural por deslizamento.

D) Predomina em jovens, do sexo masculino, obesos, com tendência à bilateralidade.

E) Sabe-se hoje que a técnica de Shoudice obtém excelentes resultados nesse tipo de hérnia.

46. Em relação ao apêndice, assinale a alternativa CORRETA.

A) A apendicite rota com peritonite generalizada é mais freqüente na criança, pois, nessa faixa etária, o epiplon é menos desenvolvido.

B) Após a resolução clínica de uma massa apendicular (plastrão), a apendicectomia por via laparoscópica deverá ser indicada, já que a recidiva é alta e com evolução mais grave.

C) Os adenocarcinomas do apêndice evoluem cedo para apendicite, tornando seu diagnóstico precoce e apresentando bons índices de cura (superior aos do carcinoma colorretal).

D) A rotura de um cistoadenoma maligno ou benigno pode acarretar pseudomixoma peritoneal.

E) O pseudomixoma peritoneal, quando secundário a um adenocarcinoma de apêndice, é curado pela apendicectomia.

47. A esplenectomia cada vez mais realizada por via laparoscópica implica alterações imunológicas que predis põem à sepses fulminante pós-esplenectomia. Para evitar ou reduzir sua incidência, preconizam-se algumas vacinações pré e pós-operatórias as quais NÃO incluem a vacinação para

A) Pneumococos.

B) Hemophilus influenza.

C) Vírus da Influenza.

D) Meningococos.

E) Estreptococos B-hemoliticus.

48. A uréia tende a aumentar na maioria das doenças graves agudas, de tratamento clínico ou cirúrgico. Em qual das patologias abaixo se espera encontrar um nível sérico de uréia normal ou mesmo diminuído?

A) Falência hepática aguda fulminante.

B) Hemorragia digestiva alta.

C) Pancreatite aguda necrotizante.

D) Paciente politraumatizado com insuficiência respiratória.

E) Diverticulite perfurada com peritonite fecal.

49. Analisando-se as soluções de reposição volêmica (cristalóides, colóides à base de gelatina e solução de albumina a 20 %), é CORRETO afirmar.

A) A albumina a 20% tem maior teor de sódio do que o soro fisiológico.

B) Nenhum cristalóide possui cálcio na sua formulação.

C) O soro fisiológico tem quantidade de sódio igual aos principais colóides, como voluven e gelafundin.

D) A quantidade de cloro do soro fisiológico é menor que a do soro Ringer lactato.

E) Os colóides são contra-indicados nos pacientes edemaciados.

50. Os GIST (tumores estromais do tubo digestivo)

A) predominam no intestino delgado.

B) respondem bem à radioterapia.

C) respondem bem à quimioterapia à base de 5-fluoracil.

D) têm como tratamento ideal a ressecção cirúrgica ampla. Não existe a necessidade de realizar uma linfadenectomia radical, como se faz para os adenocarcinomas.

E) quando assintomáticos, independentemente do seu tamanho, devem ser, apenas, observados.