

01. Com relação à Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAVM), assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Os principais agentes causadores desta infecção são: Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa, e Enterobacteriaceae.
- B) O escore mais utilizado para o diagnóstico clínico é o Clinical Pulmonary Infection Score.
- C) A microbroncoaspiração constitui a fisiopatologia da PAVM.
- D) O fator de risco mais importante para o desenvolvimento da pneumonia associada à ventilação mecânica é a lesão pulmonar aguda.
- E) O diagnóstico é feito por critérios radiológicos e clínicos como leucocitose, febre, mudança do aspecto de secreção traqueal e piora da oxigenação (relação PaO₂/FiO₂).

02. Um paciente 60 anos, hipertenso e diabético com albuminúria de 330 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) G2A3
- C) G2A2
- D) G3bA1
- E) G2A1

03. Considerando o Estado Hiperglicêmico Hiperosmolar (EHH), assinale a alternativa INCORRETA.

- A) O principal sintoma do estado hiperglicêmico hiperosmolar é uma alteração no estado mental.
- B) Atualmente, o uso de baixas doses de insulina é consenso no EHH. A via de escolha e a dose nos episódios mais graves é a infusão intravenosa contínua de insulina regular com média de 0,1 U/kg/h.
- C) Os pacientes portadores de doenças neurológicas apresentam menor tendência ao desenvolvimento do EHH.
- D) As causas precipitantes mais comuns são infecciosas (principalmente pneumonias e infecções de trato urinário), seguidas de condições agudas como infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico e traumas.
- E) Os critérios diagnósticos são glicemia > 600 mg/dL, pH > 7,3, HCO₃ > 18, corpos cetônicos ausentes na urina, osmolalidade plasmática > 320 mmol/Kg e alterações de sensorio como estupor ou coma.

04. Em relação à Síndrome do Paciente Eutireoideo Doente (SPED), é INCORRETO afirmar que

- A) a diminuição da concentração de T3 é um dos achados laboratoriais mais comuns.
- B) a elevação do TSH ocorre em muitos pacientes, principalmente, na fase aguda da doença.
- C) a redução das concentrações séricas de T3 e T4 está associada com aumento da mortalidade.
- D) o tratamento consiste em cuidar da doença subjacente; não há indicação de reposição de hormônio tireoidiano.
- E) os testes de função tireoidiana não devem ser realizados de rotina em pacientes gravemente enfermos, exceto se existe forte suspeita de doença tireoidiana.

05. Com relação à pancreatite aguda, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) O tratamento da pancreatite ainda não é específico para a doença e trata-se de suporte clínico e suspensão da ingesta oral.
- B) A pancreatite aguda grave (PAG) caracteriza-se por apresentar três ou mais critérios do escore de Ranson, oito ou mais pontos na classificação de Apache II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II), complicações pancreáticas ou a presença de falência orgânica.
- C) Pacientes portadores de pancreatite aguda grave apresentam hipovolemia severa.
- D) A pancreatite aguda é uma doença relativamente comum, cujas principais etiologias são litíase biliar e álcool (80% dos casos).
- E) Existe necessidade de tratamento cirúrgico em 70% dos casos.

06. Sobre o manejo do tromboembolismo pulmonar, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A colocação de filtro de veia cava inferior é indicada em pacientes com contraindicação à anticoagulação.
- B) O quadro clínico depende basicamente do estado cardiopulmonar proveio do paciente, do tamanho do embolo, do número de episódios embólicos e da resposta neuro-humoral.
- C) A incidência de embolia, através do forâmen oval patente na população geral, varia de 20% a 35%.
- D) O D-dímero apresenta alto valor preditivo negativo e sua especificidade em pacientes com suspeita de embolia pulmonar diminui com a idade.
- E) A insuficiência cardíaca congestiva e a doença pulmonar obstrutiva crônica são situações clínicas predisponentes ao tromboembolismo venoso.

07. No manejo agudo do paciente em emergência, frente a um episódio de anafilaxia grave, a base do tratamento é

- A) Anti-histamínicos via oral.
- B) Anti-histamínicos via intravenosa.
- C) Solução fisiológica e metilprednisolona, via intravenosa.
- D) Oxigenioterapia e anti-histamínicos.
- E) Adrenalina, preferencialmente via intramuscular.

08. Um paciente cirrótico de 58 anos foi atendido na emergência após o primeiro episódio de hematêmese, que teve início há 5 horas. A pressão arterial e a frequência cardíaca registradas foram de 100 mmHg × 60 mmHg e 98 bpm, respectivamente.

Na suspeita de uma hemorragia digestiva alta varicosa no paciente acima, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A endoscopia digestiva alta deve ser realizada mais breve possível, dentro de 12h após a admissão.
- B) A antibioticoprofilaxia deve ser iniciada após a alta hospitalar sendo recomendado período de tratamento de 7 dias.
- C) Deve-se iniciar o emprego de vasoconstritores esplâncnicos o mais precocemente possível em pacientes sob suspeita de hemorragia varicosa, antes mesmo da realização de exame endoscópico e deverá ser mantida por cinco dias.
- D) A ligadura elástica (LE) permanece como a melhor opção de terapêutica endoscópica para varizes esofágicas.
- E) A ressuscitação volêmica deve ser criteriosa, almejando manter a estabilidade hemodinâmica (evitando a hipervolemia).

09. A sepse é um conjunto de manifestações graves em todo o organismo produzidas por uma infecção. A morbimortalidade associada à doença chega a 50% dos casos no Brasil, revelando a importância de reforçarmos as recomendações mais atuais de manejo da doença.

Em relação à sepse, é INCORRETO afirmar que

- A) níveis elevados de lactato sérico (≥ 4 mmol/L) indicam hipoperfusão, mesmo em pacientes sem hipotensão.
- B) oligúria aguda (débito urinário $< 0,5$ ml/Kg/h por 2 horas, a despeito de reposição volêmica adequada) indica disfunção orgânica.
- C) as recomendações para o tratamento do choque séptico incluem a realização, na primeira hora de diagnóstico, de antibioticoterapia de amplo espectro, preferencialmente dirigida para o foco e o agente infeccioso.
- D) qSOFA (quick SOFA) consiste em critérios clínicos e laboratoriais mensuráveis à beira do leito (Glasgow ≤ 15 ; Pressão sistólica ≤ 100 mmHg e Frequência cardíaca ≥ 100 bpm).
- E) a ressuscitação volêmica com solução cristalóide a 30mL/Kg deve ser realizada nas primeiras 3 horas em pacientes com hipotensão.

10. Paciente de 55 anos chega à urgência com um derrame pleural à esquerda. O plantonista decide realizar o estudo do líquido pleural que apresenta no líquido triglicérido de 75 mg/dl, proteína total 3,5 g/dl e um DHL 900 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. Paciente 52 anos, etilista crônico e diabético, sem tratamento regular, dá entrada em serviço de emergência, com quadro de febre, mialgia, astenia intensa e dor em membro inferior direito (MID) há 4 dias. Ao exame, apresenta-se obnubilado, taquípneico 2+/4+, desidratado 3+/4+, febril e anictérico. Pressão arterial de 80 x 40 mmHg, frequência cardíaca de 128 bpm. Aparelho respiratório com murmúrio vesicular, diminuído em bases e frequência respiratória de 32 ipm, saturação de 97%. O abdome era escavado, depressível e com defesa voluntária. Em MID, observa-se aumento de volume do joelho direito e um endurecimento da pele e subcutâneo acima do joelho acometido com extensa área de flutuação na fase lateral da coxa. Segundo a acompanhante, o paciente teve uma queda com trauma no joelho 10 dias antes desse atendimento. HGT: 327 mg% na admissão e 289 mg% duas horas após correção com insulina regular. Hemograma: 23.320 leucócitos (7% bast; 73% seg; 15% LT e 5% mon); hemoglobina de 9,7 g/dl e plaquetas de 97.000. AST: 78 UI/L; ALT: 89 UI/L; Albumina: 2,7 g/dl; Ureia: 106 mg/dl; creatinina: 2,1 mg/dl; PCR 196 mg/L; lactato 5,9 mg/dl; reserva alcalina 13 mEq/L. Radiografia de tórax mostrava pequenas consolidações nodulares em terço médio de pulmão esquerdo e área paracardiaca direita.

Assinale a alternativa que indica o diagnóstico e a melhor conduta a ser tomada nesse caso.

- A) Cetoacidose diabética e pneumonia bacteriana. Coletar culturas, iniciar ceftriaxone e azitromicina, hidratação venosa e insulino terapia em bomba.
- B) Suspeita de COVID-19 e diabetes mellitus descompensada. Isolar o paciente, iniciar dexametasona 8mg/dia, hidratação venosa e insulino terapia em bomba.
- C) Tuberculose disseminada e diabetes mellitus descompensada. Hidratação venosa, insulino terapia com NPH subcutânea e tuberculostáticos.
- D) Sepsis Grave, provável estafilococcia e acidose metabólica/cetoacidose diabética. Iniciar expansão volêmica, coletar culturas, iniciar oxacilina e clindamicina, iniciar insulino terapia em bomba e indicar UTI.
- E) Artrite séptica polimicrobiana. Coletar culturas, iniciar ceftriaxone e oxacilina, hidratação venosa, insulina NPH e solicitar parecer da ortopedia com urgência.

12. Um paciente HIV positivo, 32 anos, recém diagnosticado, está internado na UTI em tratamento de uma pneumocistose grave. Durante os cuidados da admissão, a equipe de enfermagem observa algumas lesões em genitália e chama o médico de plantão, que descreve as lesões como:

- Vesículas coalescentes, dolorosas, em dorso de pênis, algumas com exulceração e outras com crostas. Presença de gânglios inguinais um pouco aumentados.
- Lesão ulcerada, de bordas salientes e endurecidas, indolor, base avermelhada e não purulenta, localizada em região balano-prepucial. Presença de linfadenomegalia inguinal.

O tratamento mais adequado para essas lesões são, respectivamente:

- A) Cuidados locais; azitromicina oral 1g por 3 dias.
- B) Doxiciclina 200mg/dia por 7 dias; penicilina benzatina 2.400.000 UI por 3 semanas.
- C) Azitromicina 1g dose única; penicilina cristalina 18 milhões Unidades/dia por 10 dias.
- D) Aciclovir oral 200mg 5 vezes ao dia; penicilina benzatina 2.400.000 UI dose única.
- E) Aciclovir 400mg de 8/8 horas; Doxiciclina 200mg de 12/12h por 5

13. Homem de 30 anos, privado de liberdade há 2 anos, com história de tratamento para tuberculose finalizado há 18 meses e HIV positivo em tratamento irregular, dá entrada em unidade de pronto atendimento com história de tosse diária com escarros com raias (SIC) de sangue esporadicamente, tendo VG há 1 mês VG a tosse se intensificado e, agora, apresenta escarros com sangue quase que diariamente. Há 1 semana vem apresentando tosse com expectoração de "sangue vivo" em grande quantidade. Ao exame físico, apresenta palidez 2+/+ 4 e roncospulmonares esparsos. A pressão arterial é de 100 X 70 mmHg, e a frequência cardíaca, de 102 bpm. Realiza radiografia de tórax VG que mostra imagem arredondada, sugerindo uma lesão cavitária preenchida com material hipotransparente de aproximadamente 3,8 cm, em lobo superior de pulmão esquerdo.

Qual o diagnóstico provável e a melhor conduta para esse caso?

- A) Recidiva da tuberculose. Realizar cultura de escarro e Genexpert para investigar resistência e reintroduzir tuberculostáticos até o resultado do Genexpert.
- B) Aspergilose Pulmonar. Realizar broncoscopia com lavado para cultura para fungo, iniciar voriconazol e solicitar avaliação da cirurgia torácica para lobectomia.
- C) Tumor de pulmão. Solicitar tomografia de tórax com contraste e solicitar avaliação da cirurgia torácica e oncológica.
- D) Malformação adenomatoide cística pulmonar. Tratamento conservado e seguimento clínico com pneumologista.
- E) Coccidioomicose pulmonar. Realizar broncoscopia com lavado broncoalveolar para cultura e iniciar cetoconazol.

14. Homem de 67 anos procura pronto-socorro com quadro de dispneia e ortopneia há poucas horas. Tem antecedente de hipertensão arterial e miocardiopatia isquêmica (infarto agudo com revascularização há 2 anos). Há 12 meses, apresenta quadro de dispneia aos moderados esforços e edema de membros inferiores VG que melhoraram após início do tratamento da cardiopatia. Faz uso de enalapril e caverdilol em doses máximas, espironolactona, AAS e pravastatina. Refere que acordou subitamente, angustiado, com sensação de opressão torácica e falta de ar, melhorando um pouco após ficar sentado. Ao exame clínico: regular estado geral, hipocorado 1+/4+ e taquipneico, PA = 140x80mmHg, FC = 98 bpm, FR = 28 ipm, saturação O₂ 95% em ar ambiente; murmúrios vesiculares presentes com estertores finos em bases bilateralmente. O ritmo cardíaco é irregular, as bulhas cardíacas normofonéticas, com sopro sistólico em foco mitral e presença de B4. Fígado palpável 5 cm abaixo do rebordo costal direito. Membros inferiores com edema depressível 2+/4+. Exames admissionais mostraram: Hb = 12 mg/dL, leucócitos = 11.000/mm³, segmentados = 67%, bastões = 1%, Na⁺ = 132 mEq/L, K⁺ = 5,0 mEq/L, creatinina = 1,3 mg/dL, ureia = 82mg/dL, DHL = 598 U/L. O eletrocardiograma não demonstrava onda p e EX nem processo isquêmico agudo, e a radiografia de tórax mostrava infiltrado pulmonar bilateral com aumento e cefalização da trama pulmonar e área cardíaca aumentada.

Que conduta é fundamental para o tratamento desse paciente nesse momento?

- A) Iniciar oxigenioterapia, ceftriaxone e azitromicina.
- B) Iniciar piperacilina/tazobactam, anlodipino e furosemida.
- C) Iniciar dexametasona, ceftriaxone e azitromicina, máscara não reinalante e isolar o paciente. Coletar swab para Coronavírus.
- D) Iniciar enoxaparina e furosemida.
- E) Iniciar máscara de Venturi a 40% e enoxaparina.

15. Paciente feminina, 37 anos, diabética tipo 1, chega à emergência com queixa de mal-estar, poliúria, polidipsia e astenia. Negava tosse, febre, qualquer queixa urinária ou ginecológica. Relatava uso de insulina NPH e regular 2x ao dia, mas que não seguia adequadamente a dieta prescrita e que não fazia HGT com frequência. Na última semana, chegou a esquecer a dose de insulina da noite em duas ocasiões. Ao exame, estava com bom estado geral, desidratada +/4+, hipocorada +/4+, taquipneica, afebril, consciente e orientada. Os exames de aparelho cardiovascular e respiratório estavam normais. Pressão arterial 110 x 70 mmHg e FC: 104 bpm. Saturação de oxigênio de 98%. Abdome depressível e indolor. Hemograma mostrava 12.500 leucócitos (62% seg, 34% LT, 1% eos, 3% mon), hemoglobina de 13,9 g/dl, plaquetas de 378.000. Ureia: 68 mg/dl; creatinina: 1,1 mg/dl; potássio: 3,3 mEq/L; reserva alcalina 17 mEq/L. Sumário de urina com presença de várias bactérias, 20 hemácias/campo e 18 leucócitos/campo. HGT: 205 mg%.

A conduta para esse caso seria a seguinte:

- A) internar a paciente, coletar urocultura e iniciar moxifloxacino 400mg/dia, além de ajuste da dose de insulina pelo HGT.
- B) hidratar a paciente, ajustar dose de insulina pelo HGT e orientar dieta para diabético.
- C) solicitar vaga em unidade de terapia intensiva, fazer expansão volêmica, iniciar insulina em bomba, coletar urocultura e iniciar ceftriaxone.
- D) coletar urocultura, iniciar ciprofloxacina injetável e insulina em bomba. Transferir para unidade de terapia intensiva.
- E) aumentar em 20% a dose de insulina NPH, hidratar a paciente, prescrever ciprofloxacina e vitamina C. Coletar swab para Coronavírus.

16. Um adulto jovem, 42 anos, previamente hígido, procura assistência médica com queixa de febre, tosse produtiva e dor torácica à direita há 5 dias. Refere que, nos últimos 2 dias, começou a ficar mais indisposto e com falta de ar aos esforços. Ao exame, apresentava bom estado geral, temperatura de 38,1°C, murmúrio vesicular diminuído em base de hemitórax direito e com crepitações finas. Frequência respiratória de 18ipm e saturação de 97% em ar ambiente. Hemograma mostrou discreta leucocitose e neutrofilia. Foi diagnosticado com pneumonia comunitária e recebeu prescrição de levofloxacina para tratamento ambulatorial. Retorna ao serviço médico 4 dias após o primeiro atendimento e em uso do antibiótico desde então, mas queixando-se de persistência da febre e dispneia aos mínimos esforços. Nesse atendimento, foi realizada uma tomografia VG que mostrou volumoso derrame pleural direito, sem traves ou loculações na cavidade pleural. O Hemograma desse atendimento mostrava melhora da leucocitose, mas persistia com neutrofilia.

Assinale a alternativa que indica a melhor conduta a ser tomada.

- A) Internar o paciente, solicitar sorologia para HIV, realizar toracocentese e drenagem VG se confirmar exsudato. Trocar esquema de antibiótico para piperacilina/tazobactam.
- B) Internar o paciente, solicitar sorologia para HIV e Genexpert no escarro, trocar antibiótico para Ceftriaxone e azitromicina.
- C) Internar o paciente para decorticação pulmonar e início de tuberculostáticos.

- D) Realizar toracocentese de alvío e iniciar corticoterapia. Prolongar o tratamento para 14 dias de levofloxacina.
- E) Internar o paciente, oferecer testagem para HIV e realizar toracocentese diagnóstica com análise e cultura do líquido pleural, além de Genexpert. Confirmando empiema, submetê-lo à drenagem torácica, mantendo antibioticoterapia com ceftriaxone até resultado de exames.

17. T.D.F., 78 anos, hipertenso e diabético, diagnosticado com demência há 2 anos, está internado na UTI há 27 dias, após apresentar mal-estar súbito e crise convulsiva. Foi diagnosticado com acidente vascular cerebral isquêmico em território de artéria cerebral média esquerda. Durante esse período, fez uso de 3 esquemas diferentes de antibióticos para tratar infecção respiratória e de corrente sanguínea. Foi traqueostomizado, retirado de ventilação mecânica, mas permaneceu em como vigil. No último episódio febril e piora de leucograma, foram coletadas novas culturas que mostravam crescimento de *Pseudomonas aeruginosa* (10^6 UFC/ml) em secreção traqueal e em uma amostra de sangue com o seguinte perfil antimicrobiano: resistência a imipenem, meropenem, cipro e ceftazidima; sensibilidade à amicacina e polimixina B.

Considerando os dados acima, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Conversar com familiares sobre cuidados paliativos devido ao prognóstico reservado do paciente. Manter precaução padrão e instituir precaução de contato. Iniciar polimixina B e amicacina até uma resposta dos familiares sobre a palição.
- B) O paciente possui prognóstico muito ruim e não deve ser indicado tratamento antimicrobiano, para não prolongar seu sofrimento nem aumentar o perfil de bactérias multirresistentes na UTI.
- C) O paciente deverá ficar em precaução de contato e por aerossóis, iniciar Polimixina B e amicacina.
- D) Recomendar precaução de contato e por gotículas. Não iniciar tratamento antimicrobiano pelo prognóstico ruim e risco elevado de comprometimento da função renal com o próximo esquema antimicrobiano.
- E) Manter precaução padrão e instituir precaução por aerossóis e de contato. Iniciar Polimixina B e amicacina, independente da função renal. Se necessário, indicar hemodiálise. Informar aos familiares sobre prognóstico reservado e restrição a visitas.

18. Vários estudos demonstraram que a aplicação conjunta de medidas preventivas, por meio de pacotes de medidas, os chamados “bundles”, reduz as infecções relacionadas à assistência e aumenta a segurança do paciente no ambiente hospitalar. Entre as medidas contidas no pacote para prevenção de infecção de corrente sanguínea estão incluídas todas as abaixo citadas, EXCETO:

- A) higienização das mãos.
- B) uso de precaução de barreira máxima.
- C) utilização de cateter impregnado por antibiótico.
- D) antisepsia da pele com clorexidina.
- E) revisão diária da necessidade de permanência do cateter, com pronta remoção, quando não houver indicação.

19. Das alternativas abaixo, assinale aquela que descreve um paciente com síndrome respiratória aguda grave e suspeita de COVID-19.

- A) Paciente portador de fibrose cística que apresenta piora da dispneia e secreção amarelada, sem modificação da radiografia de tórax em relação ao seu padrão habitual e saturação de 93%. Hemograma com leucocitose e neutrofilia.
- B) Paciente com febre, calafrios, odinofagia há 3 dias, evoluindo com tosse, astenia e dispneia em repouso há 4 dias após esses sintomas. Hemograma normal, Radiografia de tórax com infiltrado intersticial, com áreas de consolidações esparsas bilateralmente. Saturação de 92%.
- C) Catador de latinhas com história de febre e mialgia há 3 dias, evoluindo com tosse com hemoptoicos, dispneia e insuficiência renal aguda. Hemograma com leucocitose com desvio à esquerda. Radiografia de tórax com infiltrado alvéolo-intersticial difuso.
- D) Paciente com história de febre, astenia, tosse e perda de peso há 3 semanas, evoluindo com dispneia e dor torácica à direita há 3 dias. Saturação de 95% e leucograma normal. Radiografia de tórax com infiltrado micronodular bilateral, pequena consolidação em lobo inferior direito e apagamento de seio costofrênico homolateral.
- E) Paciente HIV positivo, recém diagnosticado, com extensa monilíase oral, que apresenta febre há 7 dias, astenia, tosse seca e dispneia progressiva. Hemograma com pancitopenia e radiografia de tórax normal. Saturação de 90%.

20. Uma paciente de 37 anos, com diagnóstico de leucemia linfocítica aguda, é internada com quadro de febre e dor abdominal 8 dias após a realização de quimioterapia de indução. Referia ainda episódio de cólicas e fezes líquidas nos últimos 3 dias. O hemograma da admissão demonstra 280 granulócitos/mm³. É iniciada antibioticoterapia endovenosa com cefepime, além de hidratação venosa. Apesar da melhora clínica, a paciente permanece neutropênica (298 granulócitos/mm³) e febril no quinto dia do esquema antimicrobiano. O resultado das hemoculturas repetidas no terceiro dia de tratamento, mostra crescimento de leveduras.

A conduta terapêutica mais adequada para esse caso é a seguinte:

- A) associar vancomicina ao esquema antimicrobiano.
- B) trocar cefepime por meropenem + metronidazol.
- C) associar metronidazol e vancomicina ao esquema terapêutico.
- D) completar 7 dias de cefepime e iniciar anfotericina B imediatamente.
- E) suspender o cefepime, fazer nova coleta de sangue e urina para cultura e aguardar o resultado sem a utilização de antimicrobianos.

21. Considere uma pancreatite aguda grave necrotizante com quadros clínico, laboratorial e radiológico bem característicos.

A partir daí, assinale a afirmativa INCORRETA.

- A) Pode haver injúria do sistema ductal pancreático.
- B) A coleção de necrose que se instala na primeira semana, vista nos exames de imagem, é classificada hoje como “walled off necrose”.
- C) Pode ser necessário colocar uma prótese no ducto pancreático através da papila nessas condições.
- D) O desbridamento pancreático e peripancreático com sondas e cateteres através da papila é totalmente contraindicado nessas condições.
- E) A drenagem da necrose quando indicada pode ser feita por via endoscópica ou por via percutânea ou por ambas, a depender de sua localização.

22. Em relação à pancreatite aguda biliar, assinale a afirmativa INCORRETA.

- A) Na grande maioria das vezes, cursa com icterícia e transaminases pouco elevadas (quando comparada com a alcoólica).
- B) Deve ser tratada com colecistectomia laparoscópica no mesmo internamento ou bem próximo, caso não haja coleções intra-abdominais.
- C) Deve ser tratada com colecistectomia laparoscópica após repouso aproximado de um mês, se houver coleções intra-abdominais.
- D) Geralmente é provocada por cálculos pequenos e um cístico largo. Na maioria das vezes, o cálculo não se encontra mais na papila após alguns dias.
- E) Geralmente cursa com aumento da TGP(ALT) acima de 150 a 200. A ausência de cálculos na USG transabdominal não exclui esse diagnóstico.

23. Em relação à Obstrução do Intestino Delgado (OID) e do Intestino Grosso (OIG), assinale a afirmativa INCORRETA.

- A) Ambas são muito bem diagnosticadas pela TC com contraste venoso. Contraste oral para OID e contraste retal para OIG são complementos obrigatórios para TC nesses casos.
- B) Ambas, quando em alça fechada, são de indicação cirúrgica urgente, ou em alguns casos, de um procedimento endoscópico de drenagem.
- C) O uso do tratamento clínico é mais frequente na OID do que na OIG.
- D) A suspeita de isquemia ou perfuração nos exames de imagem obriga a um tratamento cirúrgico imediato.
- E) A OIG (principalmente quando mais distal) pode ser aliviada com auxílio de endoscopia e prótese, enquanto a OID (jejuno e íleo) raramente se beneficia desse tratamento.

24. O evento mais precoce e frequente da síndrome compartimental (sem o qual o diagnóstico é questionado) é

- A) palidez.
- B) ausência de pulso.
- C) parestesia.
- D) paralisia.
- E) dor.

25. Em relação à hemorragia digestiva secundária à hipertensão porta (HP), assinale a afirmativa INCORRETA.

- A) É necessário um gradiente venoso portal acima de 10 a 12 mmHg para começar a ocorrer essa complicação.
- B) As varizes gástricas isoladas de fundo (tipo 1) são as que sangram com maior frequência e em maior volume, quando comparadas às varizes isoladas de outras partes do estômago.
- C) As varizes gástricas sangram com menos frequência do que as esofagianas, porém o fazem com maior intensidade.
- D) A HP não causa hemorragia digestiva baixa, como regra.
- E) Em sangramentos graves de varizes de esôfago, a colocação de stent autoexpansível coberto e removível é mais uma opção que pode ser usada nos dias atuais.

26. Qual a enzima do perfil hepático que sobe com mais frequência na obesidade?

- A) FA (fosfatase alcalina)
- B) AST (TGO)
- C) ALT (TGP)
- D) BD (bilirrubina direta)
- E) GGT (gama-GT)

27. A partir de qual gradiente venoso hepático (em mmHg), começa a haver risco de ascite e hemorragia digestiva varicosa num paciente cirrótico?

- A) 2
- B) 6
- C) 12
- D) 20
- E) 30

28. Em relação à hipertensão portal, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Um GASA (gradiente soro-ascite de albumina) maior do que 1,1 sugere fortemente uma ascite por transudato.
- B) A creatinina faz parte do MELD (*Model of End-stage Liver Disease*), mas não faz parte do escore de Child-Pugh.
- C) A manobra de Pringle bloqueia temporariamente o fluxo arterial e portal para o fígado bem como seu fluxo biliar.
- D) A embolização da veia porta direita (cirúrgica ou percutaneamente), aumenta o volume do lobo esquerdo do fígado em cerca de 2 meses.
- E) O transplante de fígado é considerado o tratamento de primeira linha para a síndrome de Budd-Chiari com repercussão clínica.

29. O uso do REBOA (*Ressuscitative Endovascular Balloon Occlusion of the Aorta*) no trauma com choque hemorrágico tem o objetivo de diminuir o sangramento e preservar fluxo sanguíneo para

- A) rins e fígado.
- B) pulmões e diafragma.
- C) medula espinhal e cérebro.
- D) rins e intestino delgado.
- E) coração e cérebro.

30. Em relação ao uso de soluções de albumina a 20 ou 25% na ressuscitação de pacientes graves, assinale a afirmativa CORRETA.

- A) Nos pacientes sépticos, a ressuscitação com albumina melhora a mortalidade e diminui a necessidade de hemodiálise.
- B) A ressuscitação com albumina nos pacientes com trauma cerebral tem um claro benefício, se usada desde o início.
- C) A ressuscitação com albumina não tem utilidade nos hepatopatas que evoluem com insuficiência renal. A falta de resposta à albumina não ajuda no diagnóstico da síndrome hepatorenal.
- D) A solução de albumina é fabricada a partir do sangue total e carrega pequenas quantidades de fatores de coagulação e de colinesterases plasmáticas.
- E) É a solução ideal para reposição em casos de plasmaferese.

31. Adolescente de 12 anos foi agendada para cirurgia ortopédica eletiva. Na consulta pré-anestésica, qual deve ser a orientação do jejum pré-operatório?

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

32. Paciente de 55 anos, fumante desde os 20 anos, agendado para cirurgia eletiva de próstata. A orientação pré-anestésica e a condução da anestesia devem incluir

- A) interrupção do fumo um mês antes da cirurgia.
- B) suspensão das terapias farmacológicas por 7 dias.
- C) interrupção do tabagismo pelo menos na véspera da cirurgia.
- D) volume corrente no transoperatório de 12 a 14 ml/kg.
- E) PEEP (pressão expiratória final positiva) inferior a 3.

33. Um sexto elo foi adicionado às cadeias de sobrevivência da PCRIH (Parada Cardiorrespiratória Intra-hospitalar) e PCREH (Parada Cardiorrespiratória Extra-Hospitalar) para adultos.

Assinale a alternativa que indica o novo elo.

- A) Transporte
- B) Cuidados pós PCR
- C) Recuperação
- D) Desfibrilação
- E) Debriefing

34. Medicação que, quando usada como medicação pré-anestésica, na dose de 1 µg.kg-1 por via intranasal, é segura e efetiva em auxiliar o alívio da dor pós-operatória, além de reduzir náusea, agitação e tremor.

- A) Midazolam
- B) Dexmedetomidina
- C) Clonidina
- D) Hidroxizina
- E) Opioides

35. A investigação de Síndrome da Apneia/Hipopneia do sono (SAHS) é mandatória na avaliação pré-anestésica. Na ausência de um diagnóstico confirmado por polissonografia, a aplicação de questionários pode fornecer resultados consistentes quanto à sensibilidade para diagnosticar SAHS, assim como para determinar o seu nível de gravidade. Sobre o STOP-BANG, NÃO compõe o seguinte questionário:

- A) Apneia observada.
- B) IMC > 35 kg/m².
- C) Circunferência do pescoço > 40 cm.
- D) Gênero feminino.
- E) Pressão arterial aumentada.

36. A anestesia no idoso requer cuidados especiais. Sobre a farmacocinética e farmacodinâmica de agentes anestésicos na terceira idade, é CORRETO afirmar que

- A) a CAM dos anestésicos inalatórios aumenta com a idade.
- B) a idade não aumenta a sensibilidade da junção neuromuscular aos bloqueadores neuromusculares.
- C) os bloqueadores neuromusculares adespolarizantes não sofrem alterações na sua eliminação.
- D) o volume de distribuição para o etomidato aumenta com a idade.
- E) há diminuição da sensibilidade do cérebro aos opioides.

37. Os Algoritmos da RCP foram revisados, e surgiram melhorias focadas em recursos visuais para treinamento, garantindo sua utilidade como ferramentas de atendimento beira-leito e refletiram a mais recente ciência. As principais alterações nos algoritmos e em outros recursos incluem todas as alternativas abaixo, EXCETO:

- A) O algoritmo universal de PCR para adultos foi modificado a fim de enfatizar o papel da administração precoce da epinefrina em pacientes com ritmos não chocáveis.
- B) A utilidade da desfibrilação sequencial dupla para ritmo chocável refratário foi estabelecida.
- C) Dois novos algoritmos para emergência associada a opioides foram adicionados para socorristas leigos e socorristas treinados.
- D) O algoritmo de cuidados pós-PCR foi atualizado para enfatizar a necessidade de evitar hiperóxia, hipoxemia e hipotensão.
- E) Um novo diagrama foi adicionado para orientar e informar sobre o neuroprognóstico.

38. A absorção sistêmica de fármacos oftalmológicos tópicos pode produzir efeitos colaterais desagradáveis. Bradicardia pode ocorrer com

- A) Ecotiofato.
- B) Escopolamina.
- C) Fenilefrina.
- D) Maleato de Timolol.
- E) Cloridrato de Dorzolamida.

39. A Resolução CFM 2174/2017 dispõe sobre a prática do ato anestésico. Para isso, recomenda-se aos médicos anestesistas:

- A) monitorização da profundidade da anestesia, com o uso de monitores da atividade elétrica do sistema nervoso central, em pacientes definidos no Parecer CFM nº 30/16.
- B) não sendo possível a realização da consulta pré-anestésica, o médico anestesista deve proceder à avaliação pré-anestésica do paciente no centro cirúrgico.
- C) monitorização do bloqueio neuromuscular, somente quando o paciente for submetido à anestesia geral, com o uso de bloqueadores neuromusculares de intermediária e longa duração.
- D) não existindo médico plantonista na SRPA, o médico anestesista responsável pelo procedimento anestésico poderá transferir o paciente para a equipe de enfermagem da unidade.
- E) o médico anestesista que realizar a consulta pré-anestésica ou a avaliação pré-anestésica deverá ser o mesmo que administrará a anestesia.

40. O posicionamento inadequado do paciente sobre a mesa cirúrgica pode causar lesões de nervos periféricos, fenômenos complexos, de causas multifatoriais e podem como complicação pós-operatória séria gerando, muitas vezes, demandas judiciais.

A lesão do nervo radial é caracterizada por

- A) Mão simiesca.
- B) Mão em garra.
- C) Mão em gota.
- D) Lesão no nível do olecrano.
- E) Paralisia dos flexores do 2º e 3º quirodáctilos.

41. Mulher de 52 anos é atendida em unidade de emergência, por desenvolver quadro súbito de cefaleia súbita e intensa, descrita como “explosiva” e “insuportável” há 40 minutos. Investigação por neuroimagem detectou hemorragia subaracnoidea.

Qual das condutas abaixo está CORRETA?

- A) Tratamento com hemodiluição deve ser iniciado.
- B) Tratamento anticonvulsivante deve ser iniciado.
- C) Tratamento com antiagregante deve ser iniciado.
- D) Tratamento com anticoagulação deve ser iniciado.
- E) Tratamento trombolítico deve ser iniciado.

42. Na avaliação precoce de prognóstico de risco neurológico em paciente pós-parada cardíaca, parâmetros clínicos e de exames complementares auxiliam a caracterização de baixo, médio ou alto risco de lesão cerebral.

Sobre esse contexto, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Presença de crises epilépticas mioclônicas é característica de baixo risco.
- B) Presença de atividade elétrica de base no EEG descontínua e não reativa é característica de baixo risco.
- C) Presença de atividade elétrica de base em surto-supressão no EEG é característica de alto risco.
- D) Presença da diferenciação entre substância branca e cinzenta na avaliação por imagem de tomografia de crânio-encéfalo é característica de alto risco.
- E) Presença de subescore motor acima de 4 pontos na escala de Coma de Glasgow é característica de alto risco.

43. Número crescente de opções para o tratamento preventivo do Acidente Vascular Cerebral (AVC) está sendo indicado para os indivíduos com doenças hematológicas.

Nesse contexto, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Pacientes com púrpura trombocitopênica trombótica têm menor risco de acidentes hemorrágicos cerebrais e devem ser tratados com antiagregantes plaquetários como primeira linha na prevenção secundária do AVC.
- B) Pacientes com doença falciforme estão em risco de todos os tipos de acidente vascular cerebral, incluindo infarto cerebral, hemorragia intracerebral e subaracnoide.
- C) A transfusão de plaquetas é a base da prevenção primária e secundária de AVC em crianças com doença falciforme.
- D) Pacientes com policitemia Vera têm alto risco de AVC devido à síndrome de moyamoya apresentando distribuição de microangiopatia.
- E) Anemia hemolítica é a principal causa de AVC isquêmico microangiopático no paciente com hipertensão renovascular crônica.

44. Um homem de 60 anos com cardiomiopatia não isquêmica é atendido na emergência com queixa de fraqueza em hemisfério esquerdo. Sua ressonância magnética mostrou infarto agudo frontal no lado direito e área de alteração do sinal parietal esquerda com características de infarto subagudo. Seu ecocardiograma mostrou fração de ejeção de 25%, sem evidência de trombo intracardíaco, e o monitoramento cardíaco contínuo não revelou sinais de fibrilação atrial.

Qual das alternativas a seguir é a melhor conduta para a prevenção secundária do AVC nesse caso?

- A) Iniciar dupla antiagregação plaquetária de longo prazo com dipiridamol e clopidogrel.
- B) Iniciar estatina oral e encaminhar para a avaliação cardiológica ambulatorial.
- C) Iniciar medicação antiplaquetária ou anticoagulante, dependendo do risco hemorrágico do paciente.
- D) Proceder à investigação para forômen oval patente.
- E) Proceder colocação de marcapasso.

45. Em relação às complicações neurológicas em pacientes com enfermidades reumatológicas, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Pannus e subluxação atlanto-occipital é uma complicação vista na poliarterite nodosa.
- B) Lesão desmielinizante do sistema nervoso central é uma complicação neurológica vista em pacientes em uso de inibidor do fator de necrose tumoral- α (TNF- α) para tratamento de doenças reumatológicas.
- C) Síndrome do túnel do carpo bilateral é a manifestação característica da mononeurite múltipla na síndrome de Sjogren.
- D) Miosite por corpos de inclusão é a complicação mais comum do uso da azatioprina em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico.
- E) Meningite asséptica é uma complicação neurológica comum em pacientes com artrite reumatoide.

46. A doença por coronavírus-19 (COVID-19) é a doença causada pela Síndrome Respiratória Aguda Grave Corona Vírus-2 (SARS-CoV-2) e é, em primeiro lugar, uma doença respiratória. Entretanto, tem sido crescente o número de publicações acerca do acometimento do sistema nervoso pelo SARS-Cov-2.

Sobre esse contexto, analise as afirmativas abaixo.

- | |
|---|
| <p>I. A patobiologia do COVID-19 começa com o vírus direcionado aos receptores da histamina (HT-1), que são onipresentes em todo o corpo, incluindo os tecidos neurais.</p> <p>II. A infecção viral pode causar disfunção endotelial com hiperinflamação associada, endotelite e estado de hipercoagulabilidade aumentando risco e ocorrência de acidente vascular cerebral.</p> <p>III. Fraqueza muscular prolongada e outras formas de miopatia têm sido descritas entre os sobreviventes da COVID-19.</p> |
|---|

Está CORRETO o que se afirma

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

47. Homem de 66 anos é atendido na emergência de um hospital por abalos no corpo e mudança de comportamento há 2 dias. A acompanhante, sua vizinha, informa que ele tem diagnóstico de depressão e hipertensão, mas mora sozinho e faz abuso de álcool e uso irregular das medicações sertralina e nifedipina. Ao exame, estava com TA= 180/90 mm Hg, taquicardia (110 batimentos/min), inquietação e desorientação, diaforese, rigidez em todos os quatro membros, tremor de ação em ambos os braços e hiperreflexia difusa.

Qual das alternativas abaixo indica o diagnóstico mais provável?

- A) Encefalopatia hipertensiva
- B) Intoxicação aguda alcoólica
- C) Síndrome serotoninérgica
- D) Síndrome de Korsakoff
- E) Estado de mal epilético sintomático

48. Em ambiente crítico de UTI, pacientes com lesões afetando o encéfalo podem evoluir com edema tecidual e síndrome de hipertensão intracraniana.

Qual das lesões abaixo mais comumente tem em sua fisiopatologia instalação de edema citotóxico e vasogênico?

- A) Traumatismo crânio-encefálico
- B) Acidente vascular cerebral isquêmico
- C) Abscesso cerebral
- D) Tumor cerebral metastático
- E) Hidrocefalia obstrutiva

49. No contexto da avaliação da neuroimagem na Esclerose Múltipla, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Persistentes hipointensidades na sequência T1 da ressonância magnética, os chamados “buracos negros” ou “black holes” estão associados com mais restritivo e mais destrutivo conjunto de patologia: perda axonal e destruição da matriz da substância branca.
 - B) Hipointensidades na sequência T2 da ressonância magnética têm melhor correlação com perda clínica funcional que hipointensidades em T1.
 - C) Lesões com realce em halo aberto ou “open-ring” na ressonância magnética são mais específicas para origem infecciosa que desmielinizante.
 - D) Na forma progressiva da Esclerose Múltipla, o realce das lesões é mais exuberante e constante.
 - E) Imagens na sequência FLAIR da ressonância magnética mostram maior sensibilidade para lesões abaixo do tentório (cerebelo e tronco cerebral).
-

50. No contexto das complicações neurológicas decorrentes de doenças sistêmicas, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Ganglionite da raiz dorsal é um acometimento do sistema nervoso periférico descrito na síndrome de Sjögren.
 - B) Sintomas neurológicos da degeneração hepatolenticular devido à falência hepática crônica costumam ser resolvidos com o tratamento por uso de lactulose.
 - C) A miórritmia oculomastigatória é característica da deficiência de cobalamina.
 - D) Manifestações neuropsiquiátricas de lúpus eritematoso sistêmico são decorrentes de infiltrado linfocítico subaracnoide.
 - E) Diagnóstico definitivo de neurosarcoidose é feito na presença de níveis elevados de coenzima Q10 no LCR.
-

GRUPO 08
- MEDICINA INTENSIVA -