

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ

PROCESSO SELETIVO – EDITAL N.º 01/2021

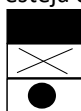
PROVA OBJETIVA

RESIDÊNCIA MÉDICA – HUC/HMC

10 DE FEVEREIRO DE 2021
CLÍNICA MÉDICA – CARDIOLOGIA

LEIA ATENTAMENTE AS INFORMAÇÕES E INSTRUÇÕES ABAIXO:

- Esta **PROVA** contém 40 questões numeradas de 01 a 40.
- Confira se sua **PROVA** contém a quantidade de questões correta. Em caso negativo, comunique imediatamente ao fiscal de sala para a substituição da prova.
- Verifique, no **CARTÃO-RESPOSTA**, se os seus dados estão registrados corretamente. Caso encontre alguma divergência, informe imediatamente ao fiscal de sala.
- Após a conferência do **CARTÃO-RESPOSTA**, assine seu nome no local indicado.
- Para as marcações do **CARTÃO-RESPOSTA**, utilize apenas caneta esferográfica, com ponta grossa e tinta **preta ou azul**.
- Para o preenchimento do **CARTÃO-RESPOSTA**, observe:
 - Para cada questão, preencher apenas uma resposta.
 - Preencha totalmente o espaço compreendido no retângulo correspondente à opção escolhida para resposta. A marcação em mais de uma opção anula a questão, mesmo que uma das respostas esteja correta.
- O tempo disponível para esta prova é de 02:30hrs (duas horas e trinta minutos), com início às 09:00 horas e término às 11:30 horas.
- Você poderá deixar o local de prova somente após as 10:00 horas.
- O **CADERNO DE PROVA NÃO** poderá ser levado pelo candidato.
- Você poderá ser eliminado da **PROVA**, a qualquer tempo, no caso de:
 - ausentar-se da sala sem o acompanhamento do fiscal;
 - ausentar-se do local de provas antes de decorrida 1 (uma) hora do início da **PROVA**;
 - retirar e permanecer sem a máscara de proteção facial durante o período de prova;
 - ausentar-se da sala de provas levando **CARTÃO-RESPOSTA** da Prova Objetiva e/ou **CADERNO DE PROVA**;
 - ser surpreendido, durante a realização da **PROVA**, em comunicação com outras pessoas ou utilizando-se de livro ou qualquer material não permitido;
 - fazer uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico ou de comunicação, bem como protetores auriculares não autorizados pela Comissão;
 - perturbar, de qualquer modo, a ordem dos trabalhos, incorrendo em comportamento indevido;
 - não cumprir com o disposto no edital do Exame.



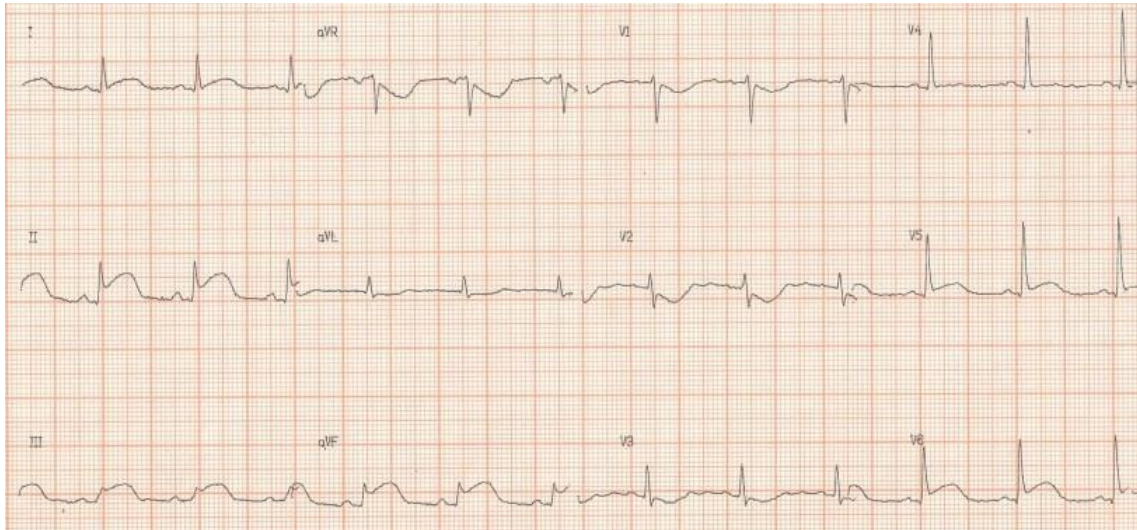
Preenchimento correto;
Preenchimento incorreto;
Preenchimento incorreto.

RESPOSTAS

RESPOSTAS									
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.

EM BRANCO

1. Qual das medicações abaixo **NÃO** reduz mortalidade em pacientes portadores de Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida?
 - A) Sacubitril-Valsartana.
 - B) Omecamtiv Mecarbil.
 - C) Alisquireno.**
 - D) Vericiguat.
 - E) Dapagliflozina.
2. Paciente de 76 anos é admitido com quadro de dor torácica. A dor é do tipo aperto, sem irradiação e já iniciou há 6 horas. O seu Eletrocardiograma está demonstrado abaixo.



Fonte: www.cardiopapers.com.br.

Qual a sua conduta imediata?

- A) Como já está com a dor há mais de 3 horas, não existe indicação para reperfusão.
 - B) A terapia inicial deve ser por meio de fibrinolíticos.
 - C) A angioplastia facilitada é a estratégia de escolha, com infusão de baixa dose de fibrinolítico no momento do cateterismo.
 - D) Indicar reperfusão por meio de angioplastia primária em até 90 minutos da entrada no serviço.**
 - E) Indicar prova funcional para o paciente em até 24 horas.
3. Paciente de 42 anos é admitido no pronto atendimento com queixa de desconforto precordial, apresenta histórico de pai que faleceu por IAM aos 40 anos, nega outros fatores de risco. A dor é do tipo queimação, sem irradiação e sem relação com esforço físico. Seu eletrocardiograma é normal. Você solicita a dosagem de troponina de alta sensibilidade que na admissão está em 10 ng/dL (VR: 14ng/dL) e 2 horas após está em 12 ng/dL. Pelo cálculo dos escores de risco, o paciente apresenta 2 pontos no HEART Score. Qual a sua conduta?
 - A) Como o paciente apresenta risco intermediário pelo Heart Score e pela história familiar, devemos solicitar prova funcional antes da alta.
 - B) Como o paciente apresenta baixo risco pelo Heart Score, ele pode receber alta e realizar acompanhamento ambulatorial.**
 - C) Como o paciente apresenta risco intermediário pelo Heart Score e pela história familiar, devemos solicitar nova dosagem de troponina.
 - D) Como o paciente é considerado de alto risco, devemos solicitar cateterismo cardíaco em até 24 horas.
 - E) Como o paciente apresenta baixo risco pelo Heart Score, ele pode receber alta após realizar uma prova funcional ainda no Hospital.

4. Mulher de 54 anos é admitida com queixa de síncope. O episódio ocorreu com ela em repouso, sem mudança postural recente e precedido de palpitações. Nega outros pródromos ou fatores predisponentes, apenas lembra de sentir palpitação e na sequência sendo acordada por familiares e com o nariz sangrando pela queda. O episódio durou em torno de 1 minuto, com cianose e sem abalos ou liberação de esfíncter, recuperou espontaneamente a consciência. Seu exame físico no momento está normal, sem alterações e seu eletrocardiograma revela ritmo sinusal e sobrecarga ventricular esquerda. Qual seria a sua conduta?
- A) Trata-se de uma síncope de alto risco de provável etiologia cardíaca, estando indicado a sua internação.
 - B) Trata-se de uma síncope de provável etiologia vaso vago, estando indicado TILT-Test em regime ambulatorial.
 - C) Trata-se de uma síncope neuromediada de risco intermediário, estando indicada a internação para realização de TILT-Test e holter.
 - D) Trata-se de uma síncope de risco intermediário estando indicado a realização de tomografia de crânio, doppler de carótidas e holter.
 - E) Trata-se de uma síncope de baixo risco, de etiologia neuromediada, a paciente pode receber alta com orientações para otimizar hidratação e exercícios posturais.
5. Homem de 72 anos, com histórico de AVC prévio, nega outras comorbidades, porém refere que apresenta dieta irregular e consome 2 latas de cerveja por dia. Procura atendimento por queixa de palpitações recorrentes há alguns meses. Seu eletrocardiograma revela fibrilação atrial, traz consigo um eletrocardiograma do ano anterior que apresentava ritmo sinusal e um eletrocardiograma com dilatação atrial esquerda. Você calcula os escores de risco do paciente e encontra um escore de CHA2DS2-VASC de 4 pontos e um HAS-BLED também de 4 pontos. Qual seria a melhor conduta?
- A) Iniciar terapia anticoagulante, preferencialmente com varfarina, devido ao alto risco de sangramento do paciente e da facilidade na sua reversão.
 - B) Iniciar terapia anticoagulante, porém apenas com AAS, devido ao alto risco de sangramento.
 - C) Iniciar terapia anticoagulante, preferencialmente com um anticoagulante oral de ação direta, orientando o paciente sobre o risco de sangramento e realizando consultas frequentes.
 - D) Iniciar terapia anticoagulante com AAS e Clopidogrel, devido ao alto risco de sangramento.
 - E) Não indicar terapia anticoagulante, optando por uso de drogas antiarrítmicas.
6. Um paciente de 54 anos foi diagnosticado recentemente com Fibrilação Atrial, ele é portador de diabetes e hipertensão arterial, nega outras comorbidades. Ele está realizando acompanhamento e retorna no ambulatório. As medicações em uso são Succinato de Metoprolol 50mg ao dia, Rivaroxabana 20mg ao dia e Ramipril 5mg ao dia. Sua pressão arterial está controlada e sua frequência cardíaca no momento é de 96bpm. Qual seria a conduta mais adequada?
- A) Elevar a dose de metoprolol para 100mg ao dia a fim de obter uma FC inferior a 70 bpm.
 - B) Elevar a dose de metoprolol para 100mg ao dia a fim de obter uma FC inferior a 60 bpm.
 - C) Associar verapamil a fim de obter uma FC inferior a 70 bpm.
 - D) Associar digoxina a fim de obter uma FC inferior a 60 bpm.
 - E) Manter as medicações em uso, uma vez que está com frequência cardíaca controlada para o paciente com fibrilação atrial.
7. Qual dos distúrbios hidroeletrólíticos abaixo não leva a alterações eletrocardiográficas?
- A) Hipocalemia.
 - B) Hipocalcemia.
 - C) Hipercalcemia.
 - D) Hiponatremia.
 - E) Hipercalemia.
8. Qual das estratégias abaixo é mais adequada para o tratamento de um paciente com hiponatremia aguda grave sintomática (sódio de 110mEq/L)?
- A) Calcular o déficit de sódio por meio da fórmula de adrogué e realizar reposição de salina hipertônica em 24 horas, visando uma elevação de até 15 mEq/L de sódio.
 - B) Realizar 100ml de salina hipertônica (NaCl 3%) em bolus, podendo repetir até 3 vezes e dosar o sódio novamente na sequência.
 - C) Infundir diurético de alça em doses elevadas.
 - D) Realizar 5ml por kg de salina hipertônica em 24 horas.
 - E) Iniciar restrição hídrica associado a DDAVP nas próximas 48 horas.

9. Qual das medidas abaixo **NÃO** é utilizada para a redução de potássio em um paciente com hipercalemia grave e acidose?
- A) Glicoinsulinoterapia.
 - B) Bicarbonato de Sódio.
 - C) Gluconato de Cálcio.**
 - D) Furosemida.
 - E) Resina de Troca.
10. Qual das estratégias abaixo demonstrou melhor benefício na redução de mortalidade em pacientes com COVID-19 e hipoxemia com necessidade de O2 suplementar?
- A) Corticoide em baixa dose.**
 - B) Anticoagulação.
 - C) Hidroxicloroquina.
 - D) Ivermectina.
 - E) Corticoide em alta dose.
11. Nos últimos anos, diversas medicações novas passaram a ser utilizadas no tratamento do diabetes e da obesidade. Qual das medicações abaixo apresenta uma ação hipoglicemiante e pode ser utilizada no tratamento da obesidade em pacientes mesmo sem diabetes?
- A) Dapagliflozina.
 - B) Saxagliptina.
 - C) Gliclazida.
 - D) Liraglutida.**
 - E) Nateglinida.
12. Qual dos pacientes abaixo apresenta indicação absoluta para uso de inibidores de bomba de prótons para profilaxia de úlcera de estresse?
- A) Homem de 55 anos com histórico de neoplasia de colón, internado em enfermaria por infecção de partes moles, em uso de anticoagulação profilática.
 - B) Homem de 46 anos internado por sepse de foco pulmonar em UTI, em ventilação mecânica há 3 dias, estável hemodinamicamente.**
 - C) Mulher de 65 anos com histórico de infarto do miocárdico, em uso de AAS e internada por pielonefrite em regime de enfermaria, recebendo tratamento com ceftriaxona.
 - D) Mulher de 35 anos, portador de HIV, em uso de TARV com tenofovir, efavirenz e atazanavir com ritonavir, em tratamento por quadro de pneumocistose.
 - E) Homem de 52 anos, portador de Diabetes Mellitus tipo 2, internado por pé diabético infectado, em tratamento na enfermaria.
13. Paciente portador de diabetes mellitus tipo 2 é internado na enfermaria por quadro de pneumonia bacteriana. Como deve ser o seu controle glicêmico, considerando que utilizava metformina 2g ao dia, possui 60kg e está com uma glicemia de jejum de 189 mg/dL com uma hemoglobina glicada de 7,8?
- A) Devemos suspender a metformina e iniciar esquema utilizando insulina NPH com 10 UI pela manhã e 5 UI a noite e realizando ajuste de insulina correccional, visando uma meta de glicemia entre 140 e 180mg/dL.**
 - B) Devemos suspender a metformina e iniciar esquema utilizando insulina regular correccional, até um máximo de 20 UI por dia, de acordo com a glicemia capilar pós-prandial do paciente, visando uma meta de glicemia menor que 140 mg/dL.
 - C) Devemos suspender a metformina e iniciar esquema utilizando insulina regular, correccional, até um máximo de 15 UI por dia, de acordo com as glicemias capilares pré-prandiais do paciente, visando uma meta de glicemia entre 140 e 180mg/dL.
 - D) Devemos suspender a metformina e iniciar esquema utilizando insulina NPH “bedtime” com 15 UI a noite e realizando ajuste de insulina correccional, visando uma meta de glicemia entre 140 e 180mg/dL.
 - E) Devemos suspender a metformina e iniciar esquema utilizando insulina regular, correccional, até um máximo de 20 UI por dia, de acordo com as glicemias capilares pré-prandiais do paciente, visando uma meta de glicemia entre 140 e 180mg/dL.

14. Um dos grandes trabalhos em cardiologia dos últimos anos foi o estudo FOURIER. Esse trabalho avaliou o uso de Evolocumab contra placebo em pacientes já com doença aterosclerótica estabelecida. Ele demonstrou que o uso da medicação foi capaz de reduzir o colesterol dos pacientes em 59% em relação ao placebo. Seu desfecho primário foi um composto de morte cardiovascular, infarto do miocárdio, AVE, hospitalização por angina ou necessidade de revascularização coronariana. Os resultados do estudo estão na tabela a seguir.

Table 2. Primary and Secondary End Points.

Outcome	Evolocumab (N=13,784)	Placebo (N=13,780)	Hazard Ratio (95% CI)	P Value*
<i>no. of patients (%)</i>				
Primary end point: cardiovascular death, myocardial infarction, stroke, hospitalization for unstable angina, or coronary revascularization	1344 (9.8)	1563 (11.3)	0.85 (0.79–0.92)	<0.001
Key secondary end point: cardiovascular death, myocardial infarction, or stroke	816 (5.9)	1013 (7.4)	0.80 (0.73–0.88)	<0.001
Other end points				
Cardiovascular death	251 (1.8)	240 (1.7)	1.05 (0.88–1.25)	0.62
Due to acute myocardial infarction	25 (0.18)	30 (0.22)	0.84 (0.49–1.42)	
Due to stroke	31 (0.22)	33 (0.24)	0.94 (0.58–1.54)	
Other cardiovascular death	195 (1.4)	177 (1.3)	1.10 (0.90–1.35)	
Death from any cause	444 (3.2)	426 (3.1)	1.04 (0.91–1.19)	0.54
Myocardial infarction	468 (3.4)	639 (4.6)	0.73 (0.65–0.82)	<0.001
Hospitalization for unstable angina	236 (1.7)	239 (1.7)	0.99 (0.82–1.18)	0.89
Stroke	207 (1.5)	262 (1.9)	0.79 (0.66–0.95)	0.01
Ischemic	171 (1.2)	226 (1.6)	0.75 (0.62–0.92)	
Hemorrhagic	29 (0.21)	25 (0.18)	1.16 (0.68–1.98)	
Unknown	13 (0.09)	14 (0.10)	0.93 (0.44–1.97)	
Coronary revascularization	759 (5.5)	965 (7.0)	0.78 (0.71–0.86)	<0.001
Urgent	403 (2.9)	547 (4.0)	0.73 (0.64–0.83)	
Elective	420 (3.0)	504 (3.7)	0.83 (0.73–0.95)	
Cardiovascular death or hospitalization for worsening heart failure	402 (2.9)	408 (3.0)	0.98 (0.86–1.13)	0.82
Ischemic stroke or transient ischemic attack	229 (1.7)	295 (2.1)	0.77 (0.65–0.92)	0.003
CTTC composite end point†	1271 (9.2)	1512 (11.0)	0.83 (0.77–0.90)	<0.001

* Given the hierarchical nature of the statistical testing, the P values for the primary and key secondary end points should be considered significant, whereas all other P values should be considered exploratory.

† The Cholesterol Treatment Trialists Collaboration (CTTC) composite end point consists of coronary heart death, nonfatal myocardial infarction, stroke, or coronary revascularization.

Fonte: N Engl J Med 2017; 376:1713-1722.

Sobre a análise desse trabalho, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) O estudo demonstra que a medicação é capaz de reduzir morte por causas cardiovasculares.
- B) O maior benefício da medicação se dá na prevenção de AVC.
- C) É necessário tratar 83 pacientes com o esquema do estudo para prevenir 1 infarto agudo do miocárdio.**
- D) O estudo demonstra que a redução do colesterol diminui o número de mortes cardiovasculares na população geral.
- E) A medicação não preveniu morte por causas cardiovasculares, mas preveniu morte por outras causas.

15. O protocolo SPIKES é utilizado na prática médica para

- A) escore prognóstico nas UTIs.
- B) comunicação de más notícias.**
- C) seguimento de paciente com choque séptico.
- D) acompanhamento clínico dos pacientes com leucemias agudas.
- E) estabelecimento de prognóstico em paciente oncológico.

16. Uma paciente de 55 anos, tabagista, procura o consultório médico com queixa de dor nas articulações do punho e da mão. Refere que a dor é pior pela manhã, quando sente que as “juntas travam”, com rigidez que chega a durar 1 hora. Ao exame físico, é observado deformidade articular em mãos, com desvio ulnar e edema no punho direito, na 2ª e 3ª articulação metacarpo falangeana direita, na 3ª articulação metacarpo falangeana esquerda e na 4ª articulação interfalangeana proximal esquerda. Os exames de laboratório revelam: VHS 80mm; Fator reumatoide reagente; FAN 1:8 padrão pontilhado fino.

Sobre o acometimento extra articular dessa condição, assinale a afirmativa **CORRETA**.

- A) O derrame pericárdico pela A.R é algo raro, mas quando ocorre geralmente se manifesta como pericardite fibrinosa, levando a um quadro de pericardite restritiva.
- B) A síndrome Felty é constituída pela tríade de Artrite Reumatoide com esplenomegalia e leucocitose com neutrofilia.
- C) O derrame pleural da artrite reumatoide é mais comum em homens, geralmente é assintomático e cursa com níveis baixos de glicose e PH.**
- D) A síndrome de Caplan consiste na associação de artrite reumatoide com tuberculose.
- E) As manifestações neurológicas da artrite reumatoide geralmente ocorrem pela presença de nódulos reumatoides no sistema nervoso central.

17. Paciente de 59 anos, com histórico de cirrose por hepatite C, procura o pronto atendimento por ter apresentado vômito com grande quantidade de sangue. No momento, encontra-se com pressão arterial de 70x40mmHg, frequência cardíaca de 100bpm, frequência respiratória de 24ipm e temperatura de 36,3°C. No seu exame físico, percebemos a presença de aranhas vasculares no tórax, ascite de grande volume, circulação colateral em cabeça de medusa e ginecomastia. No exame neurológico, evidenciamos a presença de Flapping discreto. O paciente fazia uso de furosemida 120mg ao dia e de espironolactona 300mg ao dia para tratamento da ascite, mas sem resposta. Os seus exames laboratoriais revelam: RNI 2,1; Albumina:2,3; Bilirrubina Total 2,5; Bilirrubina Direta 2,2; Bilirrubina Indireta:0,3; Creatinina 1,6; Ureia 90; Sódio 130; Potássio 5,5. Exames prévios mostravam: Anti HCV+, HBsAg negativo, Anti HBs positivo, Anti HBc IgG positivo, Anti HAV IgG positivo.

Além da expansão volêmica, está indicado o uso de agente vasoconstrictor. Qual das opções a seguir contém uma medicação validada para esse uso na hemorragia digestiva alta de origem varicosa e sua posologia correta?

- A) Dopamina 5mcg/kg/min em bomba infusora.
- B) Octreotide na dose de 200mcg via venosa a cada 8 horas.
- C) Vasopressina infusão em bomba infusora com velocidade de 4 UI/hora.
- D) Terlipressina na infusão de 1 a 4 mcg/kg/minuto em bomba infusora.
- E) Octreotide na dose de 50mcg via venosa em bolus, seguido de 50mcg/hora em bomba infusora.**

18. Paciente de 59 anos, com histórico de cirrose por hepatite C procura o pronto atendimento por ter apresentado vomito com grande quantidade de sangue. No momento, encontra-se com pressão arterial de 70x40mmHg, frequência cardíaca de 100bpm, frequência respiratória de 24ipm e temperatura de 36,3°C. No seu exame físico percebemos a presença de aranhas vasculares no tórax, ascite de grande volume, circulação colateral em cabeça de medusa e ginecomastia. No exame neurológico evidenciamos a presença de Flapping discreto. O paciente fazia uso de furosemida 120mg ao dia e de espironolactona 300mg ao dia para tratamento da ascite, mas sem resposta. Os seus exames laboratoriais revelam: RNI 2,1; Albumina:2,3; Bilirrubina Total 2,5; Bilirrubina Direta 2,2; Bilirrubina Indireta:0,3; Creatinina 1,6; Ureia 90; Sódio 130; Potássio 5,5. Exames prévios mostravam: Anti HCV+, HBsAg negativo, Anti HBs positivo, Anti HBc IgG positivo, Anti HAV IgG positivo.

Alguns dias após o episódio inicial, o paciente passou a apresentar dor abdominal difusa e houve a suspeita de peritonite bacteriana espontânea. Essa suspeita pode ser confirmada por meio da realização de paracentese e análise do líquido ascítico. Qual dos resultados abaixo seria compatível com esse quadro?

- A) Presença de 300 polimorfonucleares por mm³ no líquido ascítico e cultura positiva para E. coli.**
- B) Presença de 280 monomorfonucleares por mm³ no líquido ascítico e cultura positiva para E. coli.
- C) Presença de 250 leucócito por mm³ s no líquido ascítico e cultura positiva para E. coli.
- D) Presença de 220 polimorfonucleares por mm³ no líquido ascítico e cultura positiva para pseudomonas.
- E) Presença de 260 leucócitos por mm³ no líquido ascítico e cultura positiva para pseudomonas.

19. Paciente de 59 anos procura o seu consultório médico para realizar um “Check up”, sem nenhuma queixa. Refere ter crises frequentes de gota, um pai falecido de IAM aos 45 anos de idade e mãe com histórico de neoplasia gástrica. Possui uma dieta irregular, rica em gorduras e carboidratos, além de fumar em média 2 (duas) cartelas de cigarro por dia há 20 anos e de ingerir 5 latas de cerveja por dia. No seu exame físico, encontramos uma pressão arterial de 160x104mmHg, frequência cardíaca de 88bpm, frequência respiratória de 18ipm, uma altura de 1,72, peso corporal 102kg e circunferência abdominal de 110cm. Você solicitou alguns exames complementares, que revelaram: Parcial de Urina: Proteinúria ++/IV; Creatinina: 1,4; Ureia: 54; Sódio: 137; Potássio: 4,2; Colesterol Total: 256; HDL: 25; Triglicérides: 180; Ácido Úrico: 10,2; Glicemia de Jejum: 140.

Quanto a glicemia do paciente, qual seria a abordagem **CORRETA**?

- A) O paciente já possui diagnóstico de DM2 devido à glicemia de jejum superior a 126mg/dl e aos seus fatores de risco.
 - B) Solicitar nova glicemia capilar, caso presente resultado superior a 126mg/dl, o diagnóstico de diabetes está definido.
 - C) Solicitar hemoglobina glicada e caso o resultado seja superior a 6,0%, o diagnóstico de diabetes estará definido.
 - D) Solicitar um teste oral de tolerância à glicose, que confirmará o diagnóstico de diabetes, caso apresente um valor superior a 200mg/dl 2 horas após a ingesta de 75g de glicose.**
 - E) Solicitar glicemia casual, que confirmará o diagnóstico caso seja obtido um valor superior a 180mg/dl.
20. Cada vez mais os anticoagulantes orais de ação direta vêm substituindo a varfarina. No entanto, existem algumas situações em que eles são contraindicados. Assinale a alternativa que descreve um paciente que possui uma contraindicação a essas drogas.

- A) Paciente com flutter atrial e insuficiência aórtica importante.
- B) Paciente com fibrilação atrial estenose mitral reumática importante.**
- C) Paciente com fibrilação atrial e prótese valvar biológica.
- D) Paciente com flutter atrial que foi submetido recentemente a implante de prótese valvar aórtica por cateter (TAVI).
- E) Paciente com fibrilação atrial intermitente com implante de marcapasso em VVI.

21. Paciente de 19 anos foi admitido com quadro de anafilaxia após infusão de dipirona. No momento, encontra-se com estridor laríngeo, edema ocular e rash cutâneo. Qual deve ser a medida prioritária empregada?

- A) Aplicar 1mg de epinefrina por via intramuscular.
- B) Aplicar 1mg de epinefrina por via intravenosa.
- C) Aplicar 1mg de epinefrina por via subcutânea.
- D) Aplicar 0,5 mg de epinefrina por via intramuscular.**
- E) Aplicar 0,5 mg de epinefrina por via subcutânea.

22. Acerca das disfunções orgânicas relacionadas a sepse, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) Hipotensão com resposta a infusão de fluidos não é considerada disfunção.
- B) Disfunção respiratória é caracterizada por infiltrado difuso à radiografia de tórax.
- C) A disfunção que acarreta maior mortalidade é o aumento das bilirrubinas pelo risco de hepatite isquêmica.
- D) Plaquetopenia não é considerada disfunção orgânica, pois tem múltiplas causas.
- E) Débito urinário < 0,5 ml/kg/h apesar da adequada expansão volêmica define disfunção renal.**

23. Sobre o suporte nutricional em pacientes portadores de pancreatite aguda, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) A utilização de nutrição enteral proporciona menores índices de infecção e mortalidade.**
- B) Pacientes em uso de dieta enteral possuem maior probabilidade de descontrolar glicêmico e candidemia.
- C) A nutrição parenteral proporciona melhor controle glicêmico e menor risco de candidemia.
- D) A introdução da nutrição parenteral ou enteral deve ser instituída nas primeiras 24 horas de internação.
- E) A nutrição parenteral está relacionada a menor custo e menor risco de infecção.

24. Paciente feminina, 23 anos, levada ao setor de emergência após tentativa de suicídio por antidepressivo tricíclico. Gasometria arterial inicial revela: pH = 7,23; PaCO₂ = 52mmHg; HCO₃ = 17mEq/L; BE = - 6 mEq/L, lactato de 2,8 meq/l. De acordo com os conceitos do equilíbrio ácido-base, qual a correta interpretação da gasometria e quadro clínico apresentado?

- A) Alcalose mista.
- B) Acidose mista.**
- C) Acidose respiratória.
- D) Acidose metabólica com ânion gap normal.
- E) Intoxicação por infusão maciça de cloreto de sódio 0,9%.

25. A respeito dos bundles de prevenção de pneumonia associada a ventilação mecânica, assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) Evitar uso de dopamina, lavar as mãos antes e após examinar o paciente e fazer a descontaminação seletiva do trato gastrointestinal.
- B) Utilizar NPT precoce para garantir melhora imunológica e nutricional, interromper a sedação diariamente e elevar a cabeceira da cama a 45°.
- C) Elevar a cabeceira da cama a 45°, interromper diariamente a sedação e remover condensados no circuito do respirador.**
- D) Aspirar a via aérea de maneira asséptica, não intubar o doente e não utilizar vasopressores.
- E) Evitar intubação endotraqueal, manter níveis de hemoglobina maiores que 10 g/dl e elevar a cabeceira da cama a 45°.

26. Paciente masculino, 22 anos, morador de rua e recolhedor de material reciclável em Curitiba, relata que há 5 dias, após trabalhar durante o dia todo, cursou com mialgia em membros inferiores e não procurou o serviço de saúde por achar que era cansaço do trabalho. Há 24 horas vem cursando com cefaleia, náuseas e dor abdominal, além da febre (39,5°C). Nega doenças pregressas, hemotransfusões e alergias. Refere contato constante com água de chuva e ratos no local de trabalho, mesmo fazendo uso de botas. Nega tabagismo. Etilista há 12 anos, sendo usuário ocasional de crack. Ao exame: regular estado geral, consciente, orientado, com fácies de dor, ictérico e acianótico, PA: 120 X 85 mmHg; FC: 116 bpm; FR: 21 inc/min; Temp: 38,7°C; Sat O₂: 89% em ar ambiente. AR: MV + simétrico com crepitações em bases de ambos os pulmões. AC: RCR em 2T, BCNF, taquicárdico s/ sopros. ABD: plano, levemente tenso com RHA normais. Doloroso difusamente à palpação superficial, sem visceromegalias. Extremidades: dor à palpação das panturrilhas, diurese 1500 ml, potássio 3,1 e creatinina 3,4 mg/dl.

De acordo com o caso, marque a opção **CORRETA** quanto ao diagnóstico e à opção terapêutica.

- A) Tétano – Ampicilina.
- B) Leptospirose – Ceftriaxona.**
- C) Hepatite A – Ribavirina / Interferon.
- D) Choque Séptico – Ciprofloxacina.
- E) Chikungunya – apenas sintomáticos.

27. Paciente de 42 anos, com antecedentes de asma brônquica e má aderência ao uso de corticoide inalatório e hipertensão arterial apresenta quadro recente de palpitações, ansiedade e crises de pânico. Por essa razão, o enalapril foi trocado pelo propranolol há cerca de 2 semanas. Alguns dias depois, ele evolui com intensa falta de ar. Exame físico: sonolento e taquicárdico; oximetria de pulso com saturação de oxigênio de 73%; pressão arterial: 135 x 92 mmHg; ausculta pulmonar com sibilos bilaterais. Optado pela intubação orotraqueal. Nesse paciente e nessa circunstância, os hipnótico-sedativos preferencialmente indicados são

- A) quetamina / propofol.**
- B) tiopental / precedex.
- C) etomidato / morfina.
- D) midazolam / propofol.
- E) midazolam / cisatracúrio.

28. Você está de plantão na UTI e está manejando um quadro de choque séptico. O paciente permanece com hiperlactatemia apesar da reposição volêmica, está com a PAM de 82 mmHg, sem droga vasoativa e hemoglobina de 11,2.

Qual seu próximo passo no manejo deste paciente?

- A) Milrinone.
- B) Levosimendana.
- C) Hidrocortisona.
- D) Dobutamina.**
- E) Vasopressina.

29. Em pacientes recebendo terapia de substituição renal na UTI, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- A) Em pacientes hemodinamicamente instáveis, diálise peritoneal é uma alternativa segura.
- B) No paciente hipercatabólico e com grandes necessidades de ultrafiltração com instabilidade hemodinâmica na HD convencional, uma forma de tratamento de reposição renal contínuo é mais apropriada que a hemodiálise convencional.
- C) O manejo conservador de pacientes críticos, em relação à terapia precoce, possui nível de evidência semelhante, na ausência de emergência dialítica.
- D) Hipotensão arterial durante a diálise é principalmente associada à complicação em pacientes hipovolêmicos e/ou mal distribuídos.
- E) Se uma correção rápida da volemia estiver indicada, por exemplo diálise por edema agudo de pulmão, a diálise contínua é uma alternativa melhor que a hemodiálise convencional.**

30. Paciente de 45 anos portador de fibrilação atrial em uso de apixabana foi submetido a implante de stent por angina estável refratária. Como deve ser o manejo da terapia antiagregante em regime ambulatorial desse paciente?

- A) Uso de AAS + Apixabana.
- B) Uso de AAS + Clopidogrel.
- C) Uso de Clopidogrel + Apixabana.**
- D) Uso de Apixabana isolada.
- E) Uso de AAS + Clopidogrel + Apixabana.

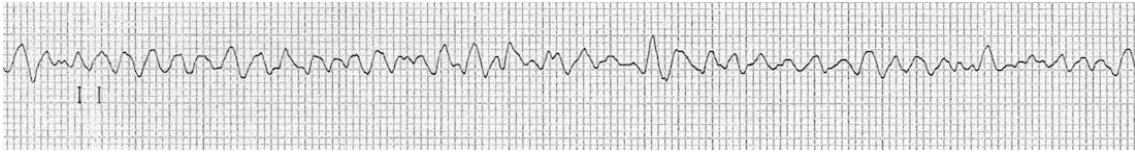
31. Um paciente portador de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida está internado na UTI com quadro de descompensação aguda por ter abandonado o tratamento medicamentoso prescrito. Nesse momento, ele se encontra bem dispneico, com crepitações difusas na ausculta pulmonar, com frequência cardíaca de 110bpm e com pressão arterial de 102x64mmHg. Ele está com bom tempo de enchimento capilar e lactato de 1,6mmol/dL. Você já iniciou ventilação não invasiva e diurético terapia, mas ele persiste sintomático. Qual das medicações abaixo deveria ser idealmente associada?

- A) Milrinone.
- B) Esmolol.
- C) Dobutamina.
- D) Nitroglicerina.**
- E) Levosimendan.

32. Paciente é trazido ao pronto-socorro por familiares, você verifica que ele está inconsciente e não apresenta pulso. Qual das seguintes estratégias deve ser realizada de modo prioritário?

- A) Intubação oro-traqueal.
- B) Infusão de Adrenalina.
- C) Infusão de Amiodarona.
- D) Ventilações na velocidade de 10 por minuto.
- E) Compressões cardíacas na frequência de 100 a 120 por minuto.**

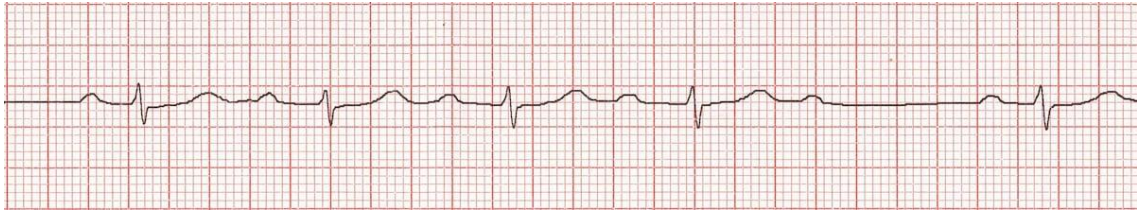
33. Paciente é trazido ao pronto-socorro por familiares, você verifica que ele está inconsciente e não apresenta pulso. Ao checar o desfibrilador, você verifica o ritmo abaixo.



Fonte: www.litfl.com.

Você prontamente aplica a desfibrilação, qual deve ser a próxima conduta?

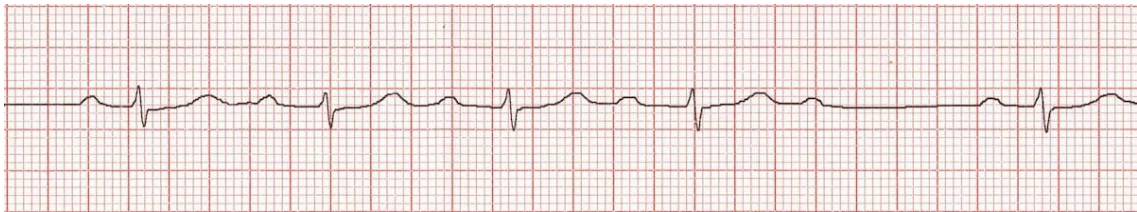
- A) **Reiniciar imediatamente as compressões cardíaca.**
B) Verificar o pulso do paciente.
C) Verificar o ritmo do paciente.
D) Infundir Epinefrina na dose de 1mg.
E) Aplicar nova desfibrilação.
34. Paciente de 82 anos é admitido com quadro de síncope. Sua frequência cardíaca no momento é de 40bpm e sua pressão arterial de 76x42 mmHg. O traçado eletrocardiográfico é demonstrado a seguir.



Fonte: www.litfl.com.

Qual o ritmo apresentado no traçado?

- A) Ritmo juncional.
B) BAV de terceiro grau.
C) BAV de primeiro grau.
D) **BAV de segundo grau do tipo Mobitz 1.**
E) BAV de segundo grau do tipo Mobitz 2.
35. Paciente de 82 anos é admitido com quadro de síncope. Sua frequência cardíaca no momento é de 40bpm e sua pressão arterial de 76x42 mmHg. O traçado eletrocardiográfico é demonstrado a seguir.



Fonte: www.litfl.com.

Qual a melhor conduta inicial para esse paciente, segundo as diretrizes mais recentes (ACLS 2020)?

- A) Infundir atropina, por via intravenosa, na dose de 0,5mg em bolus.
B) Infundir Dopamina, por via intravenosa, em bomba infusora na dose de 2mcg/kg/minuto.
C) Infundir Dopamina, por via intravenosa, na dose de 5mcg/kg em bolus.
D) Infundir Adrenalina, por via intravenosa, na dose de 1mg em bolus.
E) **Infundir atropina, por via intravenosa, na dose de 1mg em bolus.**

36. Qual das seguintes estratégias é uma contra indicação para o uso de balão intra-aórtico em um paciente com choque cardiogênico?

- A) Insuficiência Aórtica.
- B) Doença Coronariana Aguda.
- C) Miocardiopatia Chagásica.
- D) Insuficiência Mitral.
- E) Miocardite Viral.

37. Paciente de 35 anos é admitido no pronto atendimento com quadro de abuso de cocaína. Encontra-se com frequência cardíaca de 130bpm, pressão arterial de 190x100mmHg, com agitação psicomotora, dor torácica intensa e midríase. Você realiza um eletrocardiograma que evidencia um supradesnivelamento do segmento ST na parede anterior.

Qual das medidas abaixo **NÃO** deve ser empregada?

- A) Dinitrato de isossorbida 5mg por via sublingual.
- B) Captopril 25 mg por via oral.
- C) Metoprolol 5mg por via intravenosa.
- D) AAS 300mg por via oral.
- E) Clopidogrel 300mg por via oral.

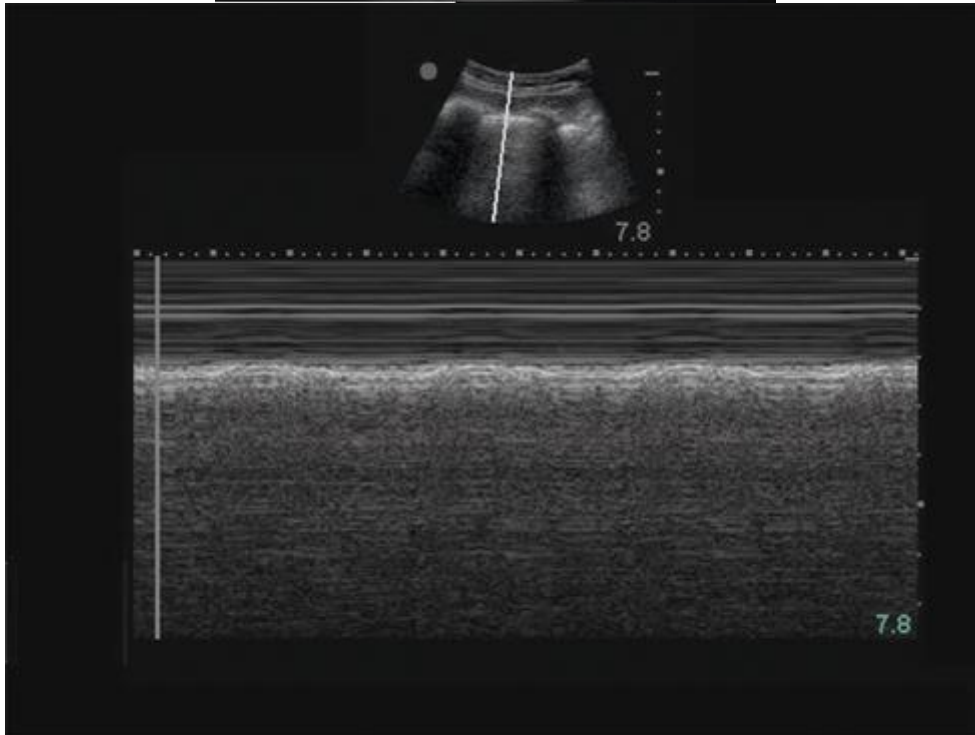
38. Paciente de 72 anos é admitido na emergência com quadro de cefaleia, confusão mental, náuseas e vômitos. No exame físico, observamos presença de papiledema no fundo de olho, sinais de depleção e uma pressão arterial de 240x130 mmHg. Considerando a hipótese de encefalopatia hipertensiva, qual seria o melhor manejo para o paciente?

- A) Infusão de nitroglicerina em bomba infusora visando a redução de 50% da pressão arterial na primeira hora.
- B) Infusão de nitroglicerina em bomba infusora visando atingir níveis de 160x100 mmHg na primeira hora.
- C) Infusão de esmolol em bomba infusora visando redução de 25% da pressão arterial na primeira hora.
- D) Infusão de Hidralazina por via intravenosa visando atingir níveis em torno de 160x100 mmHg na primeira hora.
- E) Infusão de nitroprussiato de sódio em bomba infusora visando a redução de 25% da pressão arterial na primeira hora.

39. Paciente de 35 anos, vítima de traumatismo cranioencefálico grave, é admitido em serviço de emergência com quadro de crise convulsiva. Já foi descartada a possibilidade de hipoglicemia e tentado, sem sucesso, o uso de Diazepam 10mg por via intravenosa. Considerando a hipótese de estado de mal convulsivo, qual seria a terapia adequada?

- A) Fenitoína na dose de 15mg por kg por via intravenosa em bolus.
- B) Propofol na dose de 10mg por kg em bolus, seguido de 5mg/kg/minuto.
- C) Propofol na dose de 5mg por kg em bolus, seguido de 10mg/kg/minuto.
- D) Infusão de fenitoína na dose de 20mg por kg por via intravenosa, em velocidade máxima de infusão de 50mg por minuto.
- E) Infusão de fenitoína na dose de 50mg por kg por via intravenosa, em velocidade máxima de infusão de 100mg por minuto.

40. Um paciente apresenta-se na emergência com quadro de dispneia. Você realiza a ultrassonografia a beira de leito que revela as seguintes imagens em todos os campos pulmonares.



Source: K.J. Knoop, L.B. Stack, A.B. Storrow, R.J. Thurman:
The Atlas of Emergency Medicine, 4th Edition,
www.accessemergencymedicine
Copyright © McGraw-Hill Education. All rights reserved.

Considerando que a ecografia de membros inferiores foi normal, qual dos diagnósticos abaixo é mais provável?

- A) Pneumotórax.
- B) Broncoespasmo.**
- C) Pneumonia Bacteriana.
- D) SARA grave secundária a COVID-19.
- E) Edema agudo de pulmão cardiogênico.

EMBRANCO
