

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ

PROCESSO SELETIVO – EDITAL N.º 01/2021

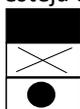
PROVA OBJETIVA

RESIDÊNCIA MÉDICA – HUC/HMC

10 DE FEVEREIRO DE 2021
CLÍNICA MÉDICA – MEDICINA INTENSIVA

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. Paciente feminino, 57 anos, com antecedentes de doença arterial coronariana e fibrilação atrial há 5 anos. Queixa-se de dor torácica, sendo diagnosticada angina instável. Foi admitido em unidade de terapia intensiva para a realização de cateterismo cardíaco. No terceiro dia de internação, evolui com dor abdominal difusa, de forte intensidade, náuseas e vômitos. Eletrocardiograma e enzimas cardíacas sem alterações, gasometria arterial mostra acidose metabólica com BE – 10, lactato de 4,9, TGO = 35 e TGP = 37. Qual o diagnóstico mais provável e a conduta apropriada?
 - A) hepatite isquêmica, laparotomia exploradora em caráter de urgência.
 - B) Angina refratária, deve ser imediatamente transferido ao setor de hemodinâmica.
 - C) Isquemia mesentérica, angiotomografia de abdome.
 - D) Pancreatite aguda, dosagem de amilase e lipase.
 - E) Íleo metabólico, correção de distúrbios hidroeletrólíticos.

2. Sobre a fisiopatologia e manejo da anafilaxia, qual a afirmativa **CORRETA**?
 - A) Urticária e angioedema são sintomas comuns nas reações anafiláticas e sua ausência afasta o diagnóstico.
 - B) A difenidramina é a droga de primeira escolha, em monoterapia no tratamento da anafilaxia.
 - C) Sintomas cutâneos são comuns e sempre antecedem a instabilidade hemodinâmica.
 - D) As reações anafiláticas podem evoluir com choque distributivo, além da ativação do sistema de coagulação com coagulação intravascular disseminada.
 - E) O diagnóstico requer dosagens plasmáticas de proteína C reativa ou outros mediadores inflamatórios.

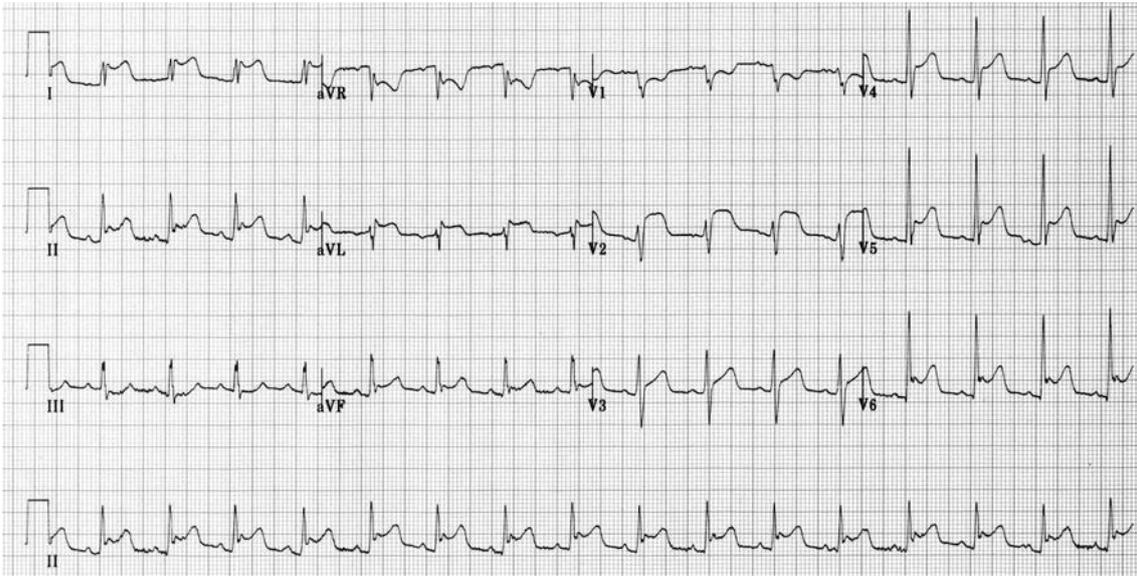
3. Você está de plantão no PS do Hospital Cajuru e realizará o procedimento de intubação em sequência rápida, assinale a alternativa **CORRETA**.
 - A) Como se trata de um procedimento de emergência, não requer ventilação do paciente.
 - B) É caracterizada pela administração simultânea de agentes sedativos e bloqueadores neuromusculares com o objetivo de facilitar a intubação em situações de emergência.
 - C) A sequência rápida de intubação somente deve ser usada em situações de emergência, pois pode levar a sérias complicações se usada em situações eletivas.
 - D) Qualquer bloqueador neuromuscular pode ser usado neste procedimento.
 - E) Pacientes instáveis hemodinamicamente não são candidatos à intubação de sequência rápida.

4. Paciente masculino, 72 anos, tabagista de 70 anos-maço, portador de DPOC, admitido no pronto atendimento com tosse, febre, dispneia, com saturação periférica de oxigênio de 85%. Como conduta imediata, ventilação mecânica não invasiva foi realizada. Sobre essa conduta, qual afirmativa está **CORRETA**?
 - A) A ventilação mecânica não invasiva possui altas taxas de sucesso; com redução da mortalidade e necessidade de intubação.
 - B) Mesmo na presença de contra indicações, a ventilação não invasiva deve ser instituída, pois afeta profundamente o prognóstico dessa patologia.
 - C) A conduta está correta, porém deve-se observar melhora nos primeiros 10 minutos. Caso não ocorra melhora, o paciente deverá ser intubado e sulfatado.
 - D) A conduta está errada, deveria ter sido instituído terapia com terbutalina subcutânea a hipoxemia importante.
 - E) Essa conduta está errada, pois paciente apresenta hipoxemia grave, devendo ser prontamente instituída ventilação mecânica invasiva.

5. A respeito da hemorragia subaracnoide (HSA), assinale a alternativa **CORRETA**.
 - A) Os aneurismas devem ser embolizados/clipados após 2 semanas devido ao risco de ressangramento.
 - B) A nimodipina intravenosa deverá ser iniciada em todos os pacientes e mantida nos primeiros 28 dias.
 - C) A hidrocefalia é uma complicação comum da HSA.
 - D) A hipovolemia não é considerada um fator de risco para complicações associadas ao vasoespasm.
 - E) A quantidade de sangue na tomografia de crânio inicial não altera o prognóstico neurológico.

6. 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) Vericiguat.
 - D) Dapagliflozina.
 - E) Alisquireno.

7. Paciente com queixa de dor precordial que piora à inspiração profunda, associada a febre e coriza. Realizado o eletrocardiograma abaixo.



Fone: Acervo pessoal.

Qual o diagnóstico mais provável?

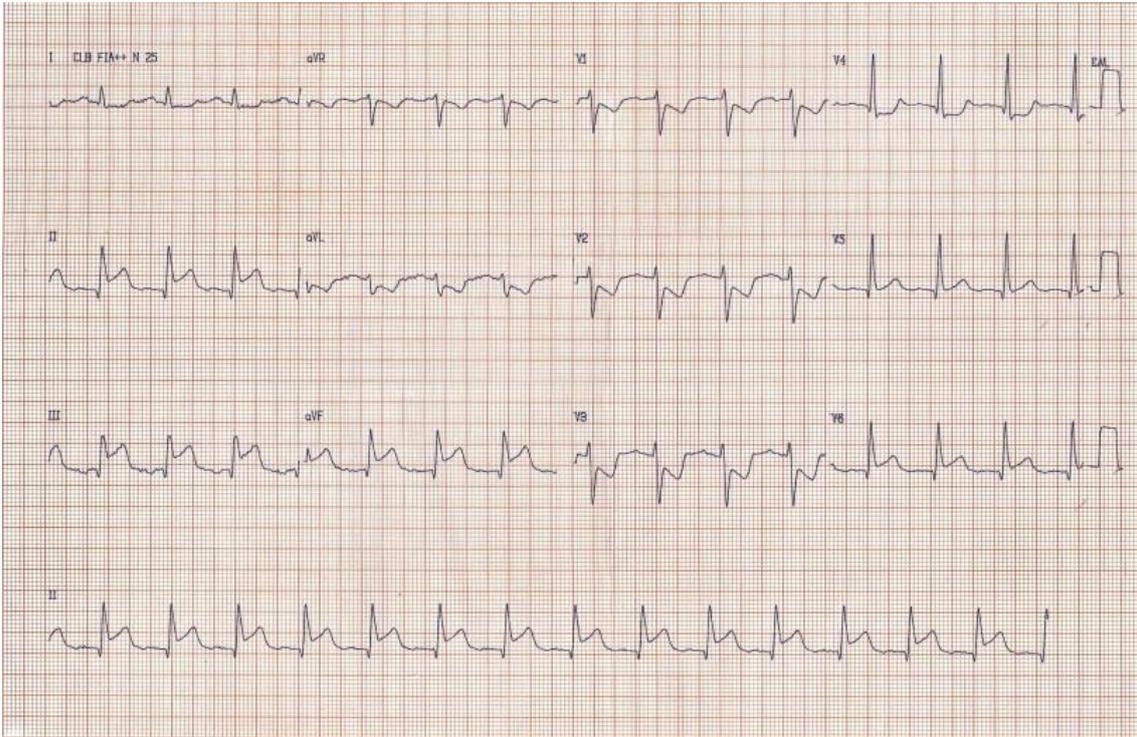
- A) Síndrome coronariana aguda com elevação do segmento ST.
 - B) Hipercalemia.
 - C) Hipertrofia ventricular esquerda.
 - D) Pericardite.**
 - E) Taquicardia sinusal.
8. Homem de 72 anos, com histórico de AVC prévio, nega outras comorbidades, porém refere que apresenta dieta irregular e consome 2 latas 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 da 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, preferencialmente com um anticoagulante oral de ação direta, orientando o paciente sobre o risco de sangramento e realizando consultas frequentes.**
 - C) Iniciar terapia anticoagulante, porém apenas com AAS, devido ao alto risco de sangramento.
 - 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.
9. 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) midazolam / cisatracúrio.
- B) tiopental / precedex.
- C) quetamina / propofol.**
- D) etomidato / morfina.
- E) midazolam / propofol.

10. Paciente 55 anos, sem comorbidades prévias, admitido com história de dor torácica intensa início há 1 hora, com náuseas e sudorese. Pressão arterial 75/43 mmHg; frequência cardíaca 118 bpm; Ausculta cardíaca regular sem sopros. Ausculta pulmonar sem estertores. Tempo de enchimento capilar 5 segundos.

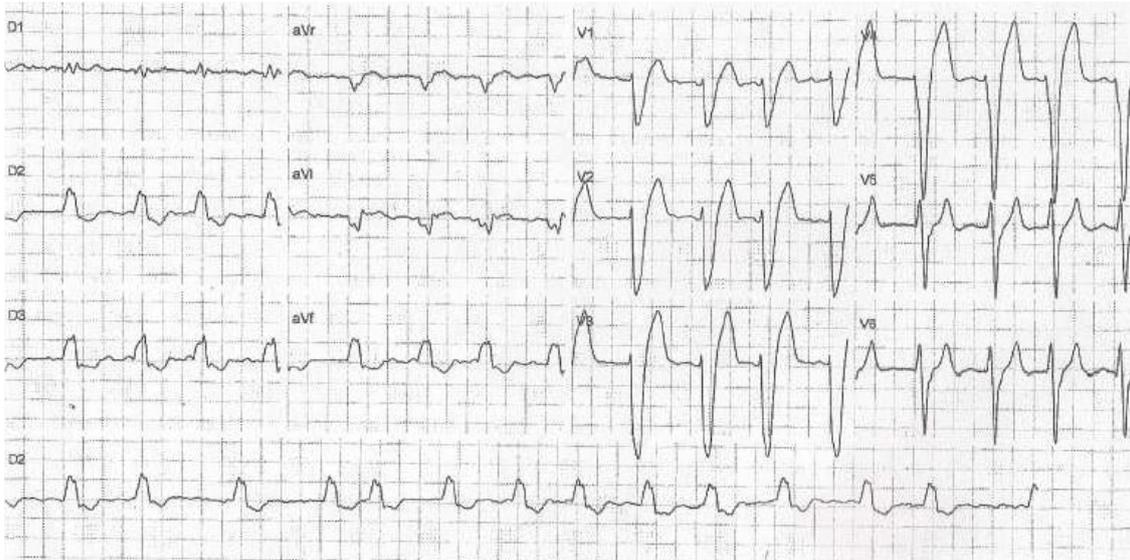


Fonte: Acervo pessoal.

Qual o diagnóstico mais provável e qual medida deve ser evitada nesse atendimento inicial?

- A) Infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do seguimento ST e provável acometimento do ventrículo direito. Contra-indicado administração de nitrato perante a instabilidade; prova com cloreto de sódio 0,9%.
- B) Síndrome coronariana aguda com acometimento multiarterial. Deve-se evitar o emprego de clopidogrel e AAS devido à alta probabilidade cirúrgica de revascularização miocárdica.
- C) Infarto agudo do miocárdio com acometimento do ventrículo esquerdo e choque misto, distributivo e cardiogênico. Deve-se evitar administração de volume nesta fase, com risco de edema agudo de pulmão.
- D) Infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do seguimento ST e acometimento do ventrículo esquerdo extenso e provável insuficiência mitral aguda. Deve-se evitar administração de fluidos.
- E) Síndrome coronariana aguda com grave acometimento do ventrículo direito. Deve ser evitada administração de fluidos para estabilização, priorizando o uso de noradrenalina no manejo do choque, se necessário.
11. 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) Débito urinário < 0,5 ml/kg/h apesar da adequada expansão volêmica define disfunção renal.
- E) Plaquetopenia não é considerada disfunção orgânica pois tem múltiplas causas.
12. O protocolo SPIKES é utilizado na prática médica para
- A) seguimento de paciente com choque séptico.
- B) comunicação de más notícias.
- C) escore prognóstico nas UTIs.
- D) acompanhamento clínico dos pacientes com leucemias agudas.
- E) estabelecimento de prognóstico em paciente oncológico.

13. Uma paciente de 72 anos, hipertensa há 27 anos, é atendida no PS com dispneia ao repouso. O quadro piorou pela manhã, ao acordar, mas a paciente relata que há uma semana tem tido dificuldade em realizar as tarefas habituais diárias e tem dormido com 3 travesseiros. Ao exame, a paciente apresenta-se acordada, enchimento capilar adequado, com ritmo cardíaco irregular e ausculta pulmonar com crepitações grosseiras até terço médio. A pressão arterial está em 112/65 mmHg, a frequência cardíaca em 111 bpm, a respiratória em 36 irpm e a oximetria de pulso 80% (ar ambiente). A equipe de enfermagem inicia monitorização cardíaca, suplementação de oxigênio e obtém um acesso venoso periférico. Um eletrocardiograma é obtido, conforme imagem a seguir.

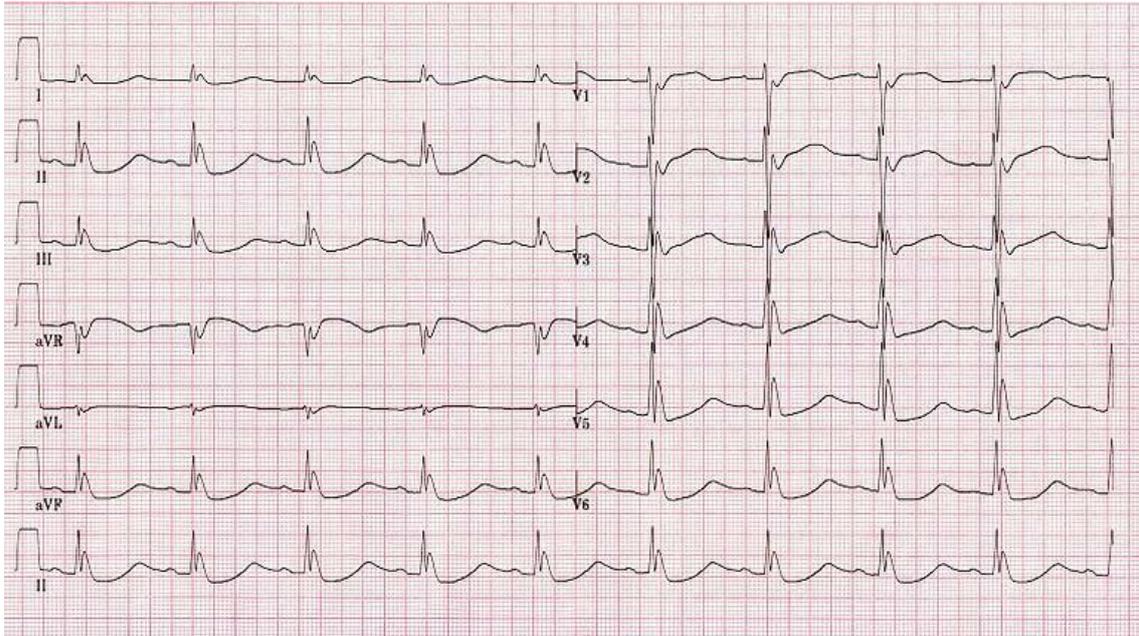


Fonte: Acervo pessoal.

Entre as opções abaixo, a conduta inicial mais apropriada é

- A) **iniciar ventilação não invasiva associada a furosemida endovenosa e nitrato.**
 B) suplementar oxigênio e realizar dobutamina associada com morfina e furosemida.
 C) suplementar oxigênio e iniciar infusão de amiodarona 300mg em 10 minutos, seguidos de manutenção em 24 horas, 1 mg por minuto nas primeiras 6 horas, seguido de 0,5 mg por minuto nas próximas 18 horas.
 D) suplementar oxigênio, realizar desfibrilação cardíaca com choque bifásico de 200J com posterior associação de ventilação não invasiva.
 E) suplementar oxigênio, associar dobutamina e nitroglicerina. Assim que estabilizar, cardioversão sincronizada bifásica com 100J.
14. Você está de plantão na UTI, avaliando um homem com 52 anos de idade, internado na unidade de terapia intensiva devido a choque séptico de foco urinário. O paciente recebe noradrenalina, mas ainda não atingiu estabilidade hemodinâmica, sendo necessário aumentar a dose de infusão, chegando a 0,7 mcg/kg/min. O paciente já recebera ao longo do plantão passado 1000 ml de Ringer, mas você fica em dúvida se deve ou não repor mais volume. Após o exame físico, você verifica que o paciente está bem sedado e acoplado ao ventilador mecânico e solicita que seja iniciada a monitorização pela variação da pressão de pulso (delta Pp). O Valor inicial do delta Pp é de 29%.
- Assinale a alternativa que contenha a conduta adequada diante da análise dos dados.
- A) Indicado o aumento da taxa de infusão de noradrenalina e associação de dobutamina.
 B) Indicado aumentar a taxa de infusão de noradrenalina e associação de vasopressina, uma vez que o valor do delta Pp contraindica a reposição de volume.
 C) **Indicada reposição volêmica baseada na avaliação clínica e no valor do delta Pp.**
 D) Indicado aumento da taxa de infusão de noradrenalina e associação de dobutamina baseado na avaliação clínica. O valor do delta Pp não deve ser levado em consideração neste caso.
 E) Indicado o aumento da taxa de infusão de noradrenalina, e caso não responda, iniciar vasopressina e corticoide.
15. Sobre o suporte nutricional em pacientes portadores de pancreatite aguda, assinale a alternativa **CORRETA**.
- A) Pacientes em uso de dieta enteral possuem maior probabilidade de descontrole glicêmico e candidemia.
 B) **A utilização de nutrição enteral proporciona menores índices de infecção e mortalidade.**
 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.

16. O traçado eletrocardiográfico abaixo é característico de qual situação clínica?



Fonte: Acervo pessoal.

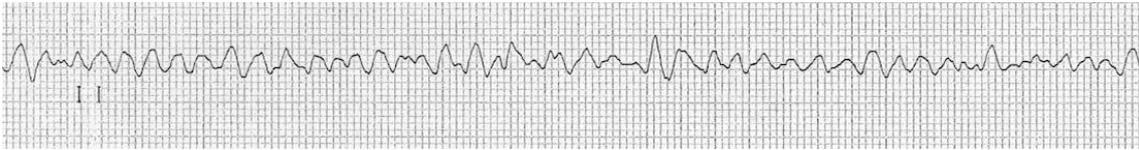
- A) Hipofosfatemia.
 - B) Hipercalemia.
 - C) Hipotermia.**
 - D) Hiper magnesemia
 - E) Hipocalcemia.
17. Paciente de 32 anos de idade, previamente hígida, admitida no PS do Cajuru por fratura de platô tibial após atropelamento. Você é chamado no 1° dia de internação hospitalar da paciente para avaliar, pelo Time de Resposta Rápida, um quadro de confusão mental e dispneia com início há 30 minutos. No exame clínico, paciente com Glasgow de 12, saturação de 91% com cateter de oxigênio a 2 litros por minuto, além de lesões petequiais em tronco próximas à axila. Radiografia de tórax com infiltrado em lobo médio a direita e lobo inferior esquerdo. Assinale a alternativa que contém, baseado apenas nos dados clínicos apresentados, a hipótese principal, investigação necessária e o tratamento.
- A) Embolia Gordurosa / LBA e pesquisa de gotículas de gordura/ ECMO .
 - B) Tromboembolismo Pulmonar / angiotomografia de tórax/ trombólise.
 - C) Embolia Gordurosa / RNM de crânio com difusão / corticosteroides.
 - D) Tromboembolismo Pulmonar / cintilografia de perfusão / anticoagulação.
 - E) Embolia Gordurosa / diagnóstico clínico / suporte clínico.**
18. Com relação à pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV), assinale a alternativa **INCORRETA**.
- A) O fator de risco mais importante para o desenvolvimento da pneumonia associada à ventilação mecânica é a lesão pulmonar aguda.**
 - B) Uma das ferramentas mais utilizadas para o diagnóstico clínico é o Clinical Pulmonary Infection Score (CPIS).
 - C) Trata-se da pneumonia que se desenvolve entre 48 e 72 horas após a intubação orotraqueal.
 - D) São microrganismos comuns na PAV tardia: a Pseudomonas aeruginosa e o Staphylococcus aureus.
 - E) A pressão do balonete do tubo orotraqueal deve estar entre 20 e 30 cmh₂O para evitar a ocorrência da PAV.
19. 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 desse paciente?
- A) Milrinone.
 - B) Levosimendana.
 - C) Hidrocortisona.
 - D) Dobutamina.**
 - E) Vasopressina.

20. O paciente politraumatizado pode evoluir para o quadro conhecido como “triade da morte”, que é caracterizada por
- A) desidratação + coagulopatia + alcalose respiratória.
 - B) hipotermia + acidose metabólica + coagulopatia.**
 - C) acidose respiratória + bradicardia + hipovolemia.
 - D) hipotermia + taquicardia + hiperpotassemia.
 - E) coagulopatia + hipertermia + alcalose metabólica.
21. 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) Acidose respiratória
 - B) Acidose metabólica com anion gap normal.
 - C) Alcalose mista.
 - D) Acidose mista.**
 - E) Intoxicação por infusão maciça de cloreto de sódio 0,9%.
22. 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, icterico 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) Chikungunya – apenas sintomáticos.
 - B) Hepatite A – Ribavirina / Intereron.
 - C) Choque Séptico – Ciprofloxacina.
 - D) Tétano – Ampicilina.
 - E) Leptospirose – Ceftriaxona.**
23. Considerando o SEPSIS 3, assinale a **INCORRETA**.
- A) O conceito de sepse grave foi mantido.**
 - B) O choque séptico está definido pela presença de sepse com a necessidade de vasopressores para manter PAM > 65 e lactato > 2 mmol/l após expansão volêmica adequada.
 - C) Define-se sepse quando houver um aumento agudo de 2 ou mais pontos no SOFA, supostamente devido a um quadro infeccioso.
 - D) O qSOFA é útil como critério de triagem clínica para pensar em sepse.
 - E) Os critérios usados no qSOFA incluem pressão arterial sistólica menor que 100 mmHg, frequência respiratória maior que 22 ipm e alteração do estado mental (Glasgow < 15).
24. Paciente masculino 25 anos, usuário de drogas injetáveis e portador de válvula mitral biológica, chega à Unidade de Pronto Socorro com temperatura axilar de 39°C e FC 126, além de sibilos e roncos à ausculta pulmonar e sopro pansistólico à ausculta cardíaca. O início do quadro foi há 3 dias. Na suspeita de endocardite infecciosa, qual o exame de imagem a ser realizado para o diagnóstico e qual o microrganismo mais frequentemente associado com esse quadro?
- A) Ecocardiograma Transesofágico/Bacilos Gram-negativos.
 - B) Ecocardiograma Transesofágico/Staphylococcus aureus.**
 - C) Ecocardiograma Transesofágico /Streptococcus viridans.
 - D) Ecocardiograma Transtorácico/Grupo HACEK.
 - E) Ecocardiograma Transtorácico/Staphylococcus aureus.

25. No choque obstrutivo por tromboembolismo pulmonar, como se encontram as seguintes variáveis hemodinâmicas: DC (débito cardíaco), RVS (resistência vascular sistêmica), RVP (resistência vascular pulmonar), PVC (pressão venosa central), PAPO (pressão da artéria pulmonar ocluída)?
- A) DC normal, RVS e RVP elevadas, PVC elevada e PAPO baixa.
 - B) DC elevado, RVS baixa, RVP e PAPO elevadas e PVC normal.
 - C) DC baixo, RVP e PVC elevadas e PAPO normal.**
 - D) DC baixo, RVS, RVP e PAPO elevadas e PVC normal.
 - E) DC baixo, RVP elevada, PVC normal e PAPO elevada.
26. No choque cardiogênico por infarto, como se encontram as seguintes variáveis hemodinâmicas: DC (débito cardíaco), RVS (resistência vascular sistêmica), RVP (resistência vascular pulmonar), PVC (pressão venosa central), PAPO (pressão da artéria pulmonar ocluída) e SVO2 (saturação venosa central de oxigênio)?
- A) DC baixo, RVS e RVP elevadas, PVC elevada e PAPO baixa, SVO2 ELEVADA.
 - B) DC baixo, PVC e PAPO elevadas e SVO2 baixa.**
 - C) DC baixo, RVS baixa, RVP e PAPO elevadas e PVC normal, SVO2 BAIXA.
 - D) DC baixo, RVS, RVP e PAPO elevadas e PVC normal, SVO2 normal.
 - E) DC baixo, RVP elevada, PVC normal e PAPO elevada, SVO2 elevada.
27. Na ressuscitação de um paciente em choque, qual alvo terapêutico **NÃO** está indicado na maioria dos pacientes?
- A) Elevação dos valores de oferta de oxigênio (DO2I) de rotina acima de 750 ml/m2.**
 - B) Administração de volume para elevação da pré-carga.
 - C) Correção da hipoperfusão com lactato sérico < 2 meq/l.
 - D) Elevação da saturação venosa mista de oxigênio acima de 65%.
 - E) Correção da hipotermia.
28. São critérios para utilização de ventilação mecânica não invasiva
- A) Relação PaO2/FiO2 < 200, escala de coma de Glasgow < 8, grande quantidade de secreção em vias aéreas superiores.
 - B) Escala de coma de Glasgow < 8, frequência respiratória > 35, relação PaO2/FiO2 >300.
 - C) Grande quantidade de secreção em vias aéreas, utilização de musculatura acessória, uso de vasopressores.
 - D) DPOC exacerbado, ausência de sinais de choque e GCS >13.**
 - E) Insuficiência respiratória hipoxêmica, fadiga da musculatura respiratória e rebaixamento do nível de consciência.
29. 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 sudação diariamente e elevar a cabeceira da cama a 45°.
 - C) Aspirar a via aérea de maneira asséptica, não intubar o doente e não utilizar vasopressores.
 - D) Evitar intubação endotraqueal, manter níveis de hemoglobina maiores que 10 g/dl e elevar a cabeceira da cama a 45°.
 - E) Elevar a cabeceira da cama a 45°, interromper diariamente a sudação e remover condensados no circuito do respirador.**
30. 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 apropriado que a hemodiálise convencional.
 - C) 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.**
 - D) O manejo conservador de pacientes críticos, em relação a terapia precoce, possui nível de evidência semelhante, na ausência de emergência dialítica.
 - E) Hipotensão arterial durante a diálise é principalmente associado a complicação em pacientes hipovolêmicos e/ou mal distribuídos.

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) Dobutamina.
 - B) Milrinone.
 - C) Esmolol.
 - 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) Ventilações na velocidade de 10 por minuto.
 - B) Entubação oro-traqueal.
 - C) Infusão de Adrenalina
 - D) Infusão de Amiodarona.
 - E) Compressões cardíacas na frequência de 100 a 120 por minuto.**
33. Qual das seguintes estratégias é uma contraindicação 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.
34. 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) Infusão de Fenitoína na dose de 50mg por kg por via intravenosa em velocidade máxima de infusão de 100mg por minuto.
 - B) Fenitoína na dose de 15mg por kg por via intravenosa em bolus.
 - C) Propofol na dose de 10mg por kg em bolus seguido de 5mg/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) Propofol na dose de 5mg por kg em bolus seguido de 10mg/kg/minuto.
35. 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.**
36. 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) Metoprolol 5mg por via intravenosa.**
 - B) Dinitrato de isossorbida 5mg por via sublingual.
 - C) Captopril 25 mg por via oral.
 - D) AAS 300mg por via oral.
 - E) Clopidogrel 300mg por via oral.

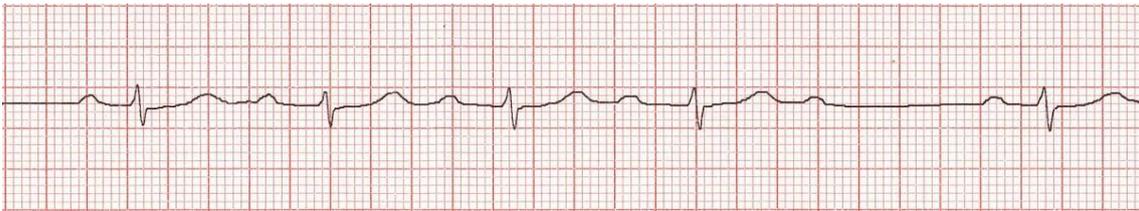
37. Paciente é trazido ao pronto-socorro por familiares, você verifica que ele está inconsciente e não apresenta pulso. Ao checar o desfibrilador, você verifica o ritmo abaixo.



Fonte: www.litfl.com.

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

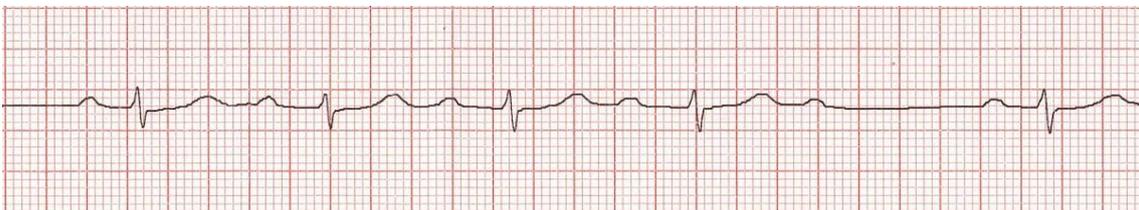
- A) Verificar o pulso do paciente.
 - B) Verificar o ritmo do paciente.
 - C) Reiniciar imediatamente as compressões cardíacas.**
 - D) Infundir Epinefrina na dose de 1mg.
 - E) Aplicar nova desfibrilação.
38. Paciente de 82 anos é admitido com quadro de síncope. Sua frequência cardíaca no momento é 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) BAV de segundo grau do tipo Mobitz 2.
 - B) BAV de terceiro grau.
 - C) BAV de primeiro grau.
 - D) Ritmo juncional.
 - E) BAV de segundo grau do tipo Mobitz 1.**
39. 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.

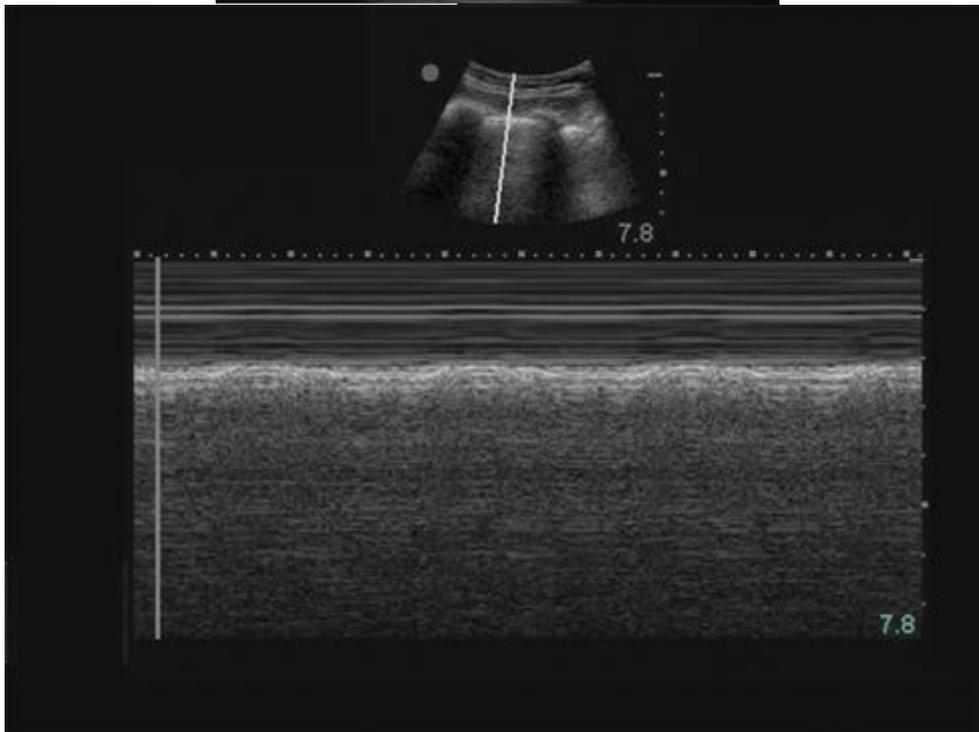


Fonte: www.litfl.com.

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 atropina, por via intravenosa, na dose de 1mg em bolus.**
- E) Infundir Adrenalina, por via intravenosa, na dose de 1mg em bolus.

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.com
Copyright © McGraw-Hill Education. All rights reserved.

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

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

EMBRANCO

EM BRANCO
