

Prova Estágio Médico – Medicina Intensiva – 2022

- 1) A insuficiência respiratória aguda ocorre pela incapacidade do sistema respiratório em promover a troca adequada de gases. Sobre a classificação, etiologia e fisiopatologia, marque nas assertivas abaixo V para as verdadeiras e F para as falsas. Em seguida, marque a alternativa que contém a sequência de respostas CORRETA, na ordem de cima para baixo.
- I - A Síndrome da Angústia Respiratória Aguda e o Edema Agudo Pulmonar são exemplos de Insuficiência Respiratória tipo 2;
II - Na Insuficiência Respiratória tipo 2 a capacidade de troca é mantida, porém a ventilação será prejudicada por alguma patologia;
III - Crise convulsiva, coma ou sonolência podem estar presentes;
IV - A definição pela gasometria é: $P_{aO_2} < 55-60$ mmHg, com paciente respirando em ar ambiente ($F_{IO_2} 0,21$); $P_{aCO_2} > 50$ mmHg, usualmente sem causar acidose respiratória ($pH > 7,35$); Caso esteja com O_2 suplementar: $P_{aO_2}/F_{IO_2} < 300$ mmHg.
- a) I - V, II - F, III - F, IV - V
b) I - F, II - V, III - V, IV - F
c) I - F, II - F, III - V, IV - F
d) I - V, II - V, III - F, IV - F
e) I - F, II - V, III - F, IV - V
- 2) São contra-indicações absolutas ao uso de Ventilação não invasiva (VNI), exceto:
- a) Hemorragia Digestiva Alta de grande monta
b) Pneumotórax não drenado
c) Instabilidade hemodinâmica por taquiarritmia
d) Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica Exacerbada
e) Rebaixamento da consciência por Acidente Vascular Encefálico
- 3) Paciente masculino, 44 anos, com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), admitido por descompensação do quadro por pneumonia comunitária grave, evoluiu com Insuficiência Respiratória Aguda (IRpA) refratária a ventilação não invasiva (VNI), sendo optado por intubação orotraqueal (IOT) e ventilação mecânica. Sobre o caso relatado. Marque a alternativa incorreta:
- a) Rebaixamento do nível de consciência não é contraindicação a VNI quando a etiologia é hipercapnia
b) No paciente portador de DPOC exacerbado é indicada a VNI como tentativa de prevenir IOT, exceto nos casos de deterioração rápida;
c) Nos casos mais graves a IOT é indicada sendo necessário ajustar a F_{IO_2} e aplicar pressões positivas (melhorando relação V/Q);

- d) Nos distúrbios de ventilação-perfusão (V/Q) com alvéolos pouco ventilados ocorre o chamado efeito espaço morto
 - e) Todas as acima estão incorretas
- 4) Assincronias ventilatórias aumentam o tempo de ventilação mecânica e de internação, aumentam mortalidade e devem ser tratadas quando identificadas. Em algumas assincronias verificamos que o tempo inspiratório neural do paciente é diferente do tempo inspiratório do ventilador. Como forma de regular este processo podemos ajustar o tempo inspiratório e expiratório do paciente através de algumas variáveis. A ciclagem é definida como a conversão da fase inspiratória para a fase expiratória. Na ciclagem é aberta a válvula exalatória permitindo a expiração. Cada modo ventilatório apresenta um padrão diferente determinante para ciclagem. Relacione os 3 (três) tipos de ventilação, com seus respectivos padrões de ciclagem.
- I – VCV – ventilação controlada a volume
 - II – PCV – ventilação controlada a pressão
 - III – PSV – ventilação espontânea a pressão
- a) VCV – ciclagem a tempo, PCV ciclagem a volume, PSV ciclagem a tempo
 - b) VCV – ciclagem a percentual de fluxo, PCV – ciclagem a volume, PSV ciclagem a tempo
 - c) VCV – ciclagem a volume, PCV – ciclagem a tempo, PSV – ciclagem a tempo
 - d) VCV – ciclagem a volume, PCV – ciclagem a tempo, PSV ciclagem a percentual de fluxo
 - e) VCV – ciclagem a fluxo, PCV ciclagem a volume, PSV – ciclagem a percentual de fluxo
- 5) Pacientes com distúrbios obstrutivos como DPOC, quando em ventilação mecânica podem apresentar um fenômeno chamado de auto-PEEP. Assinale a alternativa que contenha I) uma complicação associada a auto-PEEP, II) uma forma de identificação do fenômeno e III) uma medida para solucionar o problema.
- a) Hipotensão, medida da PEEP durante a pausa expiratória, aumento do tempo expiratório
 - b) Pneumotórax, medida da PEEP durante a pausa inspiratória, redução do volume corrente
 - c) Piora oxigenação, curva fluxo-tempo na fase expiratória não retorna a linha de base, aumento da frequência respiratória
 - d) Disparo ineficaz, curva fluxo-tempo na fase inspiratória não retorna a linha de base, redução da frequência respiratória
 - e) Disparo reverso, laço fluxo-volume na fase expiratória mostra retorno a linha de base, aumento do tempo inspiratório

- 6) Na avaliação da mecânica ventilatória utilizamos alguns parâmetros direta ou indiretamente para calcular a equação do movimento.

Parâmetros: resistência de via aérea (RAW), complacência estática (Cest), pressão de platô (Pplatô), pressão de pico (Ppico), driving pressure (DP), elastância (E), fluxo e Volume Corrente Expiratório (VTe).

Classifique as fórmulas abaixo em verdadeiro (V) ou falso (F).

I – $E = 1/RAW$

II – $Cest = 1/E$

III – $Cest = VTe/DP$

IV – $RAW = (Ppico - Pplatô)/fluxo$

- a) I – V, II – V, III – F, IV - V
b) I – F, II – V, III – V, IV – V
c) I – F, II – F, III – V, IV – F
d) I – V, II – V, III – V, IV – V
e) I – F, II – V, III – V, IV – F
- 7) A diarreia é uma das complicações mais comuns no uso de via alternativa para nutrição com dietas enterais . Quais as principais consequências clínicas que devemos monitorar nestes casos.
- a) hipervolemia, hiperpotassemia e alcalose
b) hipovolemia, hipopotassemia e acidose
c) hipovolemia, hipopotassemia e alcalose
d) hipervolemia, hipopotassemia e acidose
e) hipovolemia, hiperpotassemia e dermatite
- 8) Paciente em uso de lítio, interna desidratado e apresentando rebaixamento do nível de consciência. Durante a avaliação laboratorial, foram observados diversos distúrbios hidroeletrólíticos. Qual dos distúrbios hidroeletrólíticos abaixo, não é causado pelo uso de lítio.
- a) Hiponatremia
b) Hipernatremia
c) Hiper magnesemia
d) Hipercalcemia
e) Todos os distúrbios acima podem estar relacionados ao uso de lítio
- 9) A escolha do diurético na terapia intensiva muitas vezes se baseia no perfil de efeitos colaterais dos mesmos, podendo alguns destes efeitos se tornarem desejáveis ou indesejáveis para um determinado paciente. Verifique qual das afirmações abaixo é verdadeira.

- a) Em pacientes com hipercalcemia, no caso de necessidade de diurético, preferir hidroclorotiazida
- b) Em paciente com hipernatremia, no caso de necessidade de diurético, preferir furosemida
- c) Pacientes com hipomagnesemia, devem usar furosemida ou hidroclorotiazida preferencialmente
- d) Pacientes com alcalose metabólica grave mal distribuídos, podem usar acetazolamida
- e) Pacientes com hipercalemia, devem preferir amilorida a espironolactona

10) Paciente com Doença Renal Crônica (DRC) em estágio 4, com creatinina de base de 2,0mg/dl e TFG estimada em 20ml/min, foi internado no CTI com quadro de gastroenterite aguda com diarreia e vômitos. No segundo dia de internação verificamos que houve aumento da creatinina para 2,2mg/dl com diurese nas últimas 24 horas de 600ml (0,4ml/kg/h). Segundo a atual classificação do KDIGO para IRA, assinale a resposta correta.

- a) Não deve ser classificado com IRA pois o aumento da Creatinina é inferior a 0,3mg/dl
- b) KDIGO 1 pois o paciente apresenta oligúria e o aumento da Creatinina é inferior a 200% do valor basal
- c) KDIGO 2 pois o paciente apresenta oligúria (<0,5ml/kg/h) há 24 horas, a despeito do valor da creatinina
- d) KDIGO 3 pois o paciente apresentou vômitos que podem se relacionar a uremia
- e) KDIGO 1 pois o paciente apresenta diurese > 500ml/24h

11) Pacientes com IRA frequentemente precisam iniciar diálise durante a internação de terapia intensiva. São indicações para diálise de urgência todas as abaixo, exceto:

- a) Acidose metabólica grave e refratária (em geral, pH < 7,1)
- b) Hipercalemia grave e refratária (em geral, K>6,5 ou alteração eletrocardiográfica persistente)
- c) Edema agudo de pulmão hipertensivo em paciente oligúrico, refratário ao uso de diuréticos
- d) Intoxicação por substâncias como etilenoglicol ou lítio refratárias ao suporte clínico
- e) Aumento progressivo de ureia (em geral, acima de 200mg/dl)

12) Paciente admitido com taquidispneia sem dessaturação. Foi colhida gasometria arterial que mostrou acidose metabólica grave. Os demais exames laboratoriais

colhidos se encontram abaixo. Conforme o resultado destes exames abaixo, quais destas etiologias é a menos provável para o quadro de acidose metabólica. Laboratório: U: 301mg/dl, Cr: 20,64mg/dl, Sódio 132mmol/l, Potássio: 6,3mmol/l, Cloro 93mmol/l, pH 6,96, pCO₂: 16,9, HCO₃: 3,8, BE: -28,3, SO₂: 97%

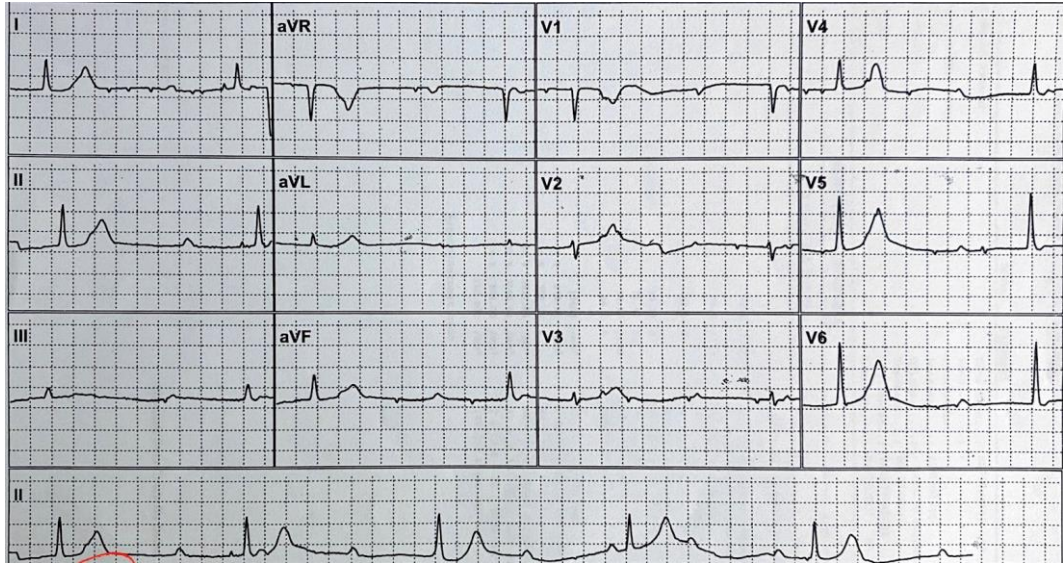
- a) Doença Renal Crônica
- b) Acidose láctica
- c) Acidose tubular renal
- d) Cetoacidose diabética
- e) Intoxicação por metanol ou etilenoglicol

13) Paciente com histórico de hipertensão, diabetes em uso de losartana 25mg 2x/dia e metformina 500mg 1x/dia, procura emergência com quadro de alteração súbita de fala há aproximadamente 1 hora. Foi submetido a questionário padrão, exame físico e TC de crânio em menos de 30 minutos. Na ausência de contra-indicação foi decidido pela trombólise. Na avaliação de pacientes com AVE candidatos a trombólise ou trombectomia mecânica, são usadas diversas escalas. Qual(is) das escalas clínicas e radiológicas abaixo não é(são) usada(s) na avaliação do paciente com AVE isquêmico agudo.

- a) NIHSS
- b) Rankin Modificado
- c) ASPECTS
- d) Fisher
- e) Todas as classificações acima são utilizadas no AVE isquêmico agudo.

14) Paciente masculino, 82 anos, ativo, em tratamento regular para HAS, com losartana e atenolol, apresentou quadro de síncope enquanto aguardava em pé a esposa na fila da farmácia em um dia quente de Janeiro. Foi trazido então pelo SAMU para atendimento na Emergência. Na chegada, encontrava-se ainda sonolento e apresentou 2 episódios de êmese. Foi verificada PA 100x60mmHg, e glicemia 123mg/dl. Foram realizados ECG e laboratório, mostrados abaixo: Laboratório: Hb 14 Hct 40% Leu 6550 Bst 1% Plt 235000 PCR <0.3 Na 135 K 4 Mg 2 P 2.9 U 60 Cr 0.4

ECG:

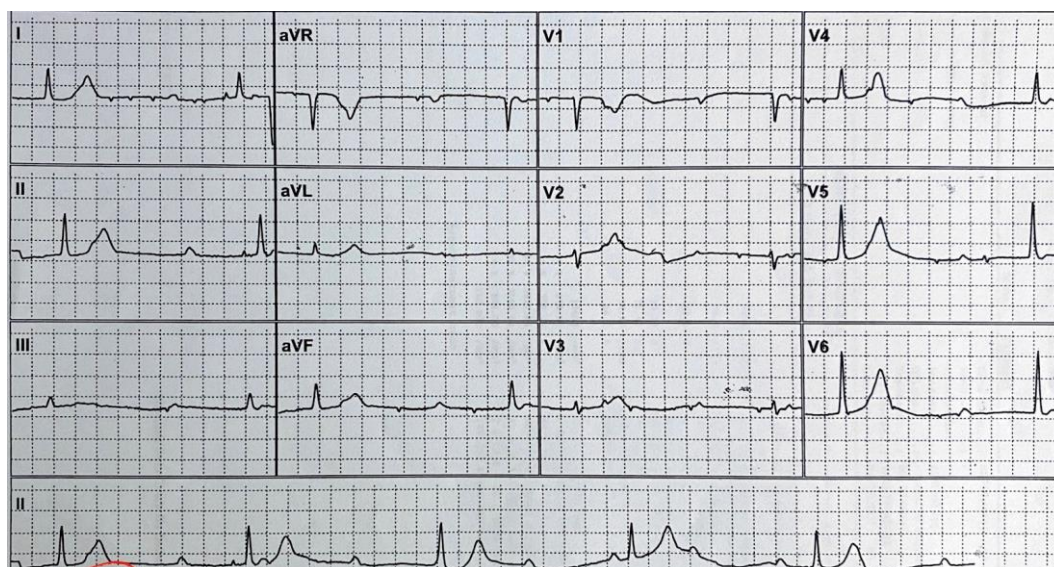


Qual a frequência cardíaca aproximada e o provável diagnóstico?

- a) Bradicardia sinusal com FC 35bpm
- b) BAV 1º grau com FC: 45bpm
- c) BAV total com FC: 35bpm
- d) BAV 2º grau mobitz 1 com FC: 45bpm
- e) BAV total com FC: 25bpm

15) Paciente masculino, 82 anos, ativo, em tratamento regular para HAS, com losartana e atenolol, apresentou quadro de síncope enquanto aguardava em pé a esposa na fila da farmácia em um dia quente de Janeiro. Foi trazido então pelo SAMU para atendimento na Emergência. Na chegada, encontrava-se ainda sonolento e apresentou 2 episódios de êmese. Foi verificada PA 100x60mmHg, e glicemia 123mg/dl. Foram realizados ECG e laboratório, mostrados abaixo:
Laboratório: Hb 14 Hct 40% Leu 6550 Bst 1% Plt 235000 PCR <0.3 Na 135 K 4 Mg 2 P 2.9 U 60 Cr 0.4

ECG:



Qual deverá ser o tratamento empregado? Marque apenas 1 resposta:

- a) Suspender betabloqueador e aguardar
- b) Atropina 4 ampolas
- c) Marcapasso transcutâneo até instalar marcapasso transvenoso
- d) Dobutamina ou dopamina
- e) Reposição de Magnésio

16) Paciente inicialmente internado no CTI com quadro de choque séptico com Injúria Renal Aguda em diálise e Insuficiência Respiratória Aguda em ventilação mecânica, vinha apresentando melhora clínica progressiva, porém hoje, na última hora de hemodiálise, apresentou taquicardia com QRS estreito e ritmo regular com FC em torno de 150bpm ao monitor e necessidade de progressivo aumento de noradrenalina sendo então interrompida diálise porém manteve taquicardia e noradrenalina em dose alta. Qual das afirmativas abaixo representa a melhor conduta?

- a) Por se tratar de provável FA com tempo de início indeterminado, deverá ser solicitado ecocardiograma transesofágico
- b) Deverá ser administrada adenosina na dose de 6mg para reduzir a FC e avaliar o ritmo que o paciente se encontra
- c) Deverá iniciar amiodarona em ataque de 300mg + dose de manutenção de 900mg/24h
- d) Visto que a etiologia provável é hipercalemia, deverá ser realizada dosagem de potássio
- e) Deverá ser realizada cardioversão elétrica sincronizada imediatamente

17) Paciente com histórico de hipertensão, diabetes e arritmia prévia, que não sabe informar qual, já tendo realizado ablação há cerca de um ano, atualmente em ritmo sinusal em uso atualmente de losartana, metformina e sotalol, estava internado por COVID-19 e pneumonia bacteriana associada em uso de ceftriaxona + azitromicina e dexametasona. No 5º dia de internação, a equipe assistente deu alta porém enquanto se arrumava para ir embora, o paciente apresentou quadro de síncope associada a taquicardia com QRS largo de característica polimórfica. Eletrocardiograma mostrou alargamento do intervalo QT corrigido pela frequência cardíaca. Classifique as afirmações abaixo em verdadeiras ou falsas.

- I – losartana e metformina estão associadas a etiologia desta taquiarritmia
- II – ceftriaxona está associada a etiologia desta taquiarritmia
- III – sotalol está associado a etiologia desta taquiarritmia
- IV – azitromicina está associada a etiologia desta taquiarritmia
- V – hipernatremia e hipocalcemia podem ser causas desta taquiarritmia
- VI – hipomagnesemia e hipocalcemia podem ser causas desta taquiarritmia

- a) Todas são verdadeiras
- b) Somente I, IV e V são falsas
- c) Somente III, IV e VI são verdadeiras
- d) Somente I, II e VI são falsas
- e) Todas são falsas

18) Paciente idosa 67 anos procurou a emergência com febre e dor lombar a esquerda. Na admissão encontra-se estável hemodinamicamente, lúcida e eupneica em ar ambiente. Foram colhidos exames que mostraram leucocitose, aumento de PCR e procalcitonina. EAS com piúria maciça e nitrito positivo. Apresentava sinal de Giordano positivo a esquerda. Foi realizada TC de abdome com contraste que mostrou borramento de gordura perinéfrica, área hipodensa de 4cm em parênquima renal sem captação de contraste sugestiva de abscesso renal, cálculo radiopaco em 1/3 médio de ureter esquerdo com dilatação das vias urinárias a montante. Qual a conduta imediata mais adequada frente a este caso?

- a) Deverá ser realizada drenagem do abscesso, iniciado antibióticos e instalado cateter de duplo J
- b) Deverá ser iniciado antibiótico, instalado cateter de duplo J e realizada a ureterolitotripsia
- c) Deverá ser realizada a nefrectomia imediatamente por tratar-se de rim excluído
- d) Deverá ser iniciado antibiótico e instalado cateter de duplo J
- e) Deverá ser realizada drenagem do abscesso, iniciado antibiótico e realizada a ureterolitotripsia sem necessidade de instalação de cateter de duplo J.

- 19) Homem 57 anos foi admitido na emergência com quadro de rebaixamento do nível de consciência, obedece a comandos simples porém volta a dormir em menos de 10 segundos. Encontra-se hemodinamicamente estável e eupneico. Exame físico sem outras alterações. Foram colhidos exames de sangue que mostraram:
Laboratório: Hgb: 11, leuco: 5500 3% bastões, plaquetas 232mil, ureia: 35, Cr: 1,0, Na: 107, K: 3,8, Mg: 2,0, PCR: 2,0.
Família relata que o mesmo vinha apresentando quadro de depressão e iniciou um antidepressivo a cerca de 10 dias.
Conhecendo a fórmula de Adroque:
Concentração de sódio na solução x concentração sérica de sódio/(peso estimado + 1). Você encontrou que cada 90ml de solução variavam 1mEq/l no sódio do paciente. Devido ao quadro neurológico você optou por variar 3mEq/l nas primeiras 3 horas. Sabendo que devido ao risco de mielinólise pontina você não deveria ultrapassar variações de 12mEq/l em 24 horas. Qual a velocidade de infusão máxima que podemos manter desta solução após a dose de bolus das primeiras 3 horas ao longo do dia?
- a) 82,5ml/h
 - b) 64,5ml/h
 - c) 56,5ml/h
 - d) 38,5ml/h
 - e) 10,5ml/h
- 20) Paciente masculino, 69 anos, hipertenso, diabético, coronariopata, com início há 4 dias de tosse produtiva, queda do estado geral, inapetência, confusão mental, apresenta quadro clínico e radiológico compatível com pneumonia em lobo inferior direito. O paciente tem boa condição socioeconômica e vive com a esposa, sem uso de antibioticoterapia prévia e histórico de internações. Ao exame físico encontra-se em regular estado geral, desorientado em tempo e espaço, com temperatura axilar 37,8°C, PA 99x66mmHg, FC: 108bpm, FR: 32irpm, sem outros dados relevantes. Os exames laboratoriais mostram leucocitose (14300), Ureia 54, Creatinina 2,4, glicemia 100. Considerando o score CURB65, o tratamento desse paciente deve ser:
- a) Clavulin + azitromicina, ambulatorial
 - b) Ceftriaxona + Azitromicina, em enfermaria
 - c) Tazocin + Azitromicina, em CTI
 - d) Levofloxacina, ambulatorial
 - e) Ceftriaxona + Azitromicina, em CTI
- 21) Masculino, 22 anos, sem comorbidades prévias conhecidas, é levado para emergência com quadro de sonolência, poliúria, polidipsia e desidratação. Na admissão, encontrava-se taquicárdico, taquipneico, hemodinamicamente estável e sonolento. Foi verificada glicemia capilar que mostrou hiperglicemia. Na cetoacidose diabética, temos deficiência absoluta de insulina, que leva a

aumento de hormônios contrarreguladores e, como consequência, aumento de enzimas gliconeogênicas e hormônios lipase sensíveis, levando aos sintomas clássicos dessa doença. São critérios diagnósticos para cetoacidose diabética:

- a) Glicose > 200mg/dl + pH < 7,3 + ânion gap aumentado
- b) Glicose > 500mg/dl + pH > 7,3 + ânion gap normal
- c) Glicose > 200mg/dl + pH > 7,3 + ânion gap aumentado
- d) Glicose > 500mg/dl + pH < 7,3 + ânion gap normal
- e) Glicose > 200mg/dl + pH < 7,3 + ânion gap normal

22) Masculino, 22 anos, sem comorbidades prévias conhecidas, é levado para emergência com quadro de sonolência, poliúria, polidipsia e desidratação. Na admissão, encontrava-se taquicárdico, taquipneico, hemodinamicamente estável e sonolento. Foi verificada glicemia capilar que mostrou hiperglicemia. Na cetoacidose diabética, temos deficiência absoluta de insulina, que leva a aumento de hormônios contrarreguladores e, como consequência, aumento de enzimas gliconeogênicas e hormônios lipase sensíveis, levando aos sintomas clássicos dessa doença. Laboratorialmente o paciente apresenta glicemia 502mg/dl, pH 7,20, HCO₃⁻ 12, potássio sérico 3,0mEq/l. Quanto ao manejo inicial deste paciente, assinale a melhor alternativa:

- a) Solução Cristalóide 500-1000ml/h nas primeiras 2 a 4 horas + Reposição de bicarbonato + Insulina Venosa + Reposição de potássio
- b) Solução Cristalóide 500-1000ml/h nas primeiras 2 a 4 horas + Insulina Venosa + Reposição de potássio
- c) Solução Cristalóide 500-1000ml/h nas primeiras 2 a 4 horas + Reposição de bicarbonato + Insulina Venosa
- d) Solução Cristalóide 500-1000ml/h nas primeiras 2 a 4 horas + Reposição de bicarbonato + Reposição de potássio + Rever potássio antes de iniciar insulinação
- e) Solução Cristalóide 500-1000ml/h nas primeiras 2 a 4 horas + Reposição de Potássio + Rever potássio antes de iniciar insulinação

23) Masculino, 22 anos, sem comorbidades prévias conhecidas, é levado para emergência com quadro de sonolência, poliúria, polidipsia e desidratação. Na admissão, encontrava-se taquicárdico, taquipneico, hemodinamicamente estável e sonolento. Foi verificada glicemia capilar que mostrou hiperglicemia. Na cetoacidose diabética, temos deficiência absoluta de insulina, que leva a aumento de hormônios contrarreguladores e, como consequência, aumento de enzimas gliconeogênicas e hormônios lipase sensíveis, levando aos sintomas clássicos dessa doença. Durante o curso do tratamento com insulina venosa, o paciente evoluiu com glicemias capilar de 190mg/dl, ainda mantendo acidose metabólica com pH 7,30 e quadro de sonolência. Qual o próximo passo?

- a) Interromper insulina venosa + repor bicarbonato para resolução da acidose
- b) Reduzir velocidade de infusão da insulina venosa + repor glicose junto com a hidratação venosa até resolução da acidose metabólica
- c) Manter velocidade de infusão + repor bicarbonato + repor glicose IV junto a hidratação venosa até resolução da acidose.
- d) Interromper insulinização venosa + repor bicarbonato + repor glicose IV junto a hidratação venosa até resolução da acidose
- e) Interromper insulinização venosa e realizar transição para insulina subcutânea + repor bicarbonato + repor glicose IV junto à hidratação venosa até resolução da acidose

24) Paciente 46 anos, masculino, neutro e residente no Rio de Janeiro, trabalha como motorista de aplicativo. Há 2 meses iniciou quadro de dispneia, que cursa com piora progressiva. Foi atendido na emergência com ausculta abolida em hemitórax direito. Realizou TC de tórax que mostrou derrame pleural direito volumoso. Foi realizada toracocentese de alívio e diagnóstica. Correlacione a característica macroscópica do líquido pleural com suas possíveis etiologias:

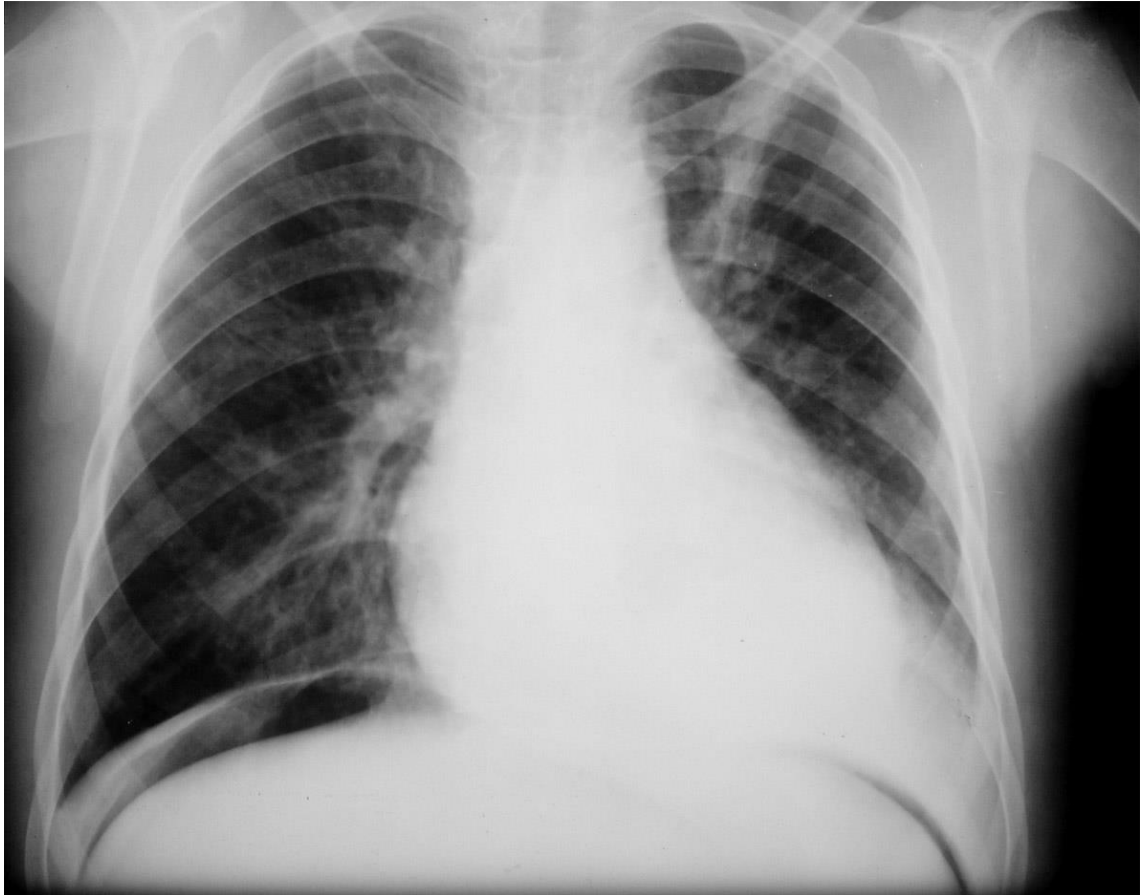
I – purulento, II – hemático, III – leitoso, IV – preto

- a) I – *Aspergillus niger*, II – empiema, III – quilotórax, IV – malignidade
- b) I – empiema, II – malignidade, III – quilotórax, IV – *Aspergillus niger*
- c) I – quilotórax, II – empiema, III – *Aspergillus niger*, IV – malignidade
- d) I – empiema, II – quilotórax, III – malignidade, IV – *Aspergillus niger*
- e) I – *Aspergillus niger*, II – malignidade, III – quilotórax, IV – empiema

25) Paciente 46 anos, masculino, neutro e residente no Rio de Janeiro, trabalha como motorista de aplicativo. Há 2 meses iniciou quadro de dispneia, que cursa com piora progressiva. Foi atendido na emergência com ausculta abolida em hemitórax direito. Realizou TC de tórax que mostrou derrame pleural direito volumoso. Foi realizada toracocentese de alívio e diagnóstica. Quanto aos critérios de Light, qual a melhor alternativa abaixo:

- a) É utilizado para diferenciar transudatos de exsudatos e leva em consideração albumina e LDH séricos e do líquido pleural
- b) É considerado um exsudato se o LDH for maior que 200 no líquido pleural
- c) É considerado um transudato se o LDH for menor que 2/3 do valor de sérico independente dos demais resultados
- d) É considerado um exsudato se a albumina do líquido pleural for maior que 50% do valor sérico
- e) É considerado um exsudato se o LHD sérico for maior que 60% do valor sérico medido

- 26) Mulher de 65 anos, com histórico de hipertensão arterial e diabetes meliitus, procura a emergência com dor inicialmente epigástrica de forte intensidade, acompanhada de náuseas e vômitos. À admissão encontrava-se taquicárdica, tendendo à hipotensão, sudoreica. Foi realizado Rx de tórax (figura abaixo). Evoluiu em seguida com piora da dor abdominal e hipotensão. A principal hipótese diagnóstica e a conduta, respectivamente, são:



- a) Infarto Agudo do Miocárdio: administrar AAS, clopidogrel e realizar ECG
 - b) Abdome agudo perfurativo: realizar endoscopia digestiva alta para identificar sítio de perfuração
 - c) Tamponamento pericárdico: realizar pericardiocentese guiada por ultrassonografia
 - d) Abdome agudo perfurativo: estabilização clínica seguida de laparotomia exploradora
 - e) Pneumotórax a direita, realizar drenagem torácica em selo d'água
- 27) Assinale a alternativa correta sobre as doenças do pericárdio:
- a) Todo paciente com pericardite aguda e ecocardiograma transtorácico, indicando derrame pericárdico leve a moderado deve ser submetido a pericardiocentese diagnóstica e, eventualmente, à biópsia pericárdica

- b) O derrame pericárdico crônico é aquele presente por 6 meses ou mais e, se recorrente, pode requerer pericardiocentese de repetição ou pericardiectomia como parte do tratamento
- c) A dosagem dos hormônios tireoidianos no sangue não faz parte do arsenal diagnóstico de um paciente com derrame pericárdico
- d) É comum, dentre os casos de pericardite aguda, não ser estabelecida sua etiologia, sendo caracterizado como idiopático. Dentre os pacientes em que o diagnóstico é obtido, destaca-se como etiologias mais comuns a tuberculose, doenças reumatológicas, infecções virais e neoplasias
- e) O achado ao eletrocardiograma de taquicardia sinusal, associado a alternância elétrica nas derivações precordiais possui sensibilidade e especificidade > 90% para o diagnóstico de pericardite aguda

28) Sobre a Pancreatite Aguda é correto afirmar:

- a) O pseudocisto pancreático é uma coleção bem delimitada por uma parede inflamatória em geral dentro do pâncreas que surge nos primeiros 5 dias do quadro
- b) Mais de 20% dos pacientes com Pancreatite Aguda apresentam quadro de infecções extrapancreáticas, principalmente infecção de corrente sanguínea, sendo recomendado uso regular de antibioticoprofilaxia nos casos graves e moderadamente graves
- c) As necroses infectadas do Pâncreas são predominantemente polimicrobianas e causadas por anaeróbios e bastonetes gram negativos
- d) A presença de gás em uma área de necrose e sinais clínicos de infecção são suficientes para iniciar tratamento com antibiótico de amplo espectro, sendo Meropenem isolado uma opção
- e) Na suspeita de infecção de uma área de necrose, deverá ser realizada punção aspirativa desta área e início de cefepime e metronidazol até que seja confirmada ou descartada a infecção

29) Homem de 80 anos, hipertenso há 30 anos, com diagnóstico de insuficiência cardíaca classe funcional NYHA III, faz uso regular de enalapril, metoprolol, aldactone, digoxina e furosemida, vem à consulta queixando-se de tontura e piora do cansaço há 6 dias. Relata ainda eventos de lipotímia. Há 2 semanas, apresentou quadro de diarreia, autolimitado, com duração de 3 dias. Ao exame físico apresenta: Pressão Arterial 100X60 mmHg; Frequência Cardíaca 68 bpm; MV presente e sem ruídos adventícios, SpO2 98%; Tempo de enchimento capilar > 5 segundos. Na Radiografia de Tórax, observa-se apenas cardiomegalia. O perfil clínico hemodinâmico da insuficiência cardíaca, desse caso, é:

- a) Perfil A
- b) Perfil C
- c) Perfil D
- d) Perfil B

e) Perfil L

30) Paciente com fibrilação atrial e insuficiência cardíaca chega a Emergência com náusea, vômitos e relato de estar vendo tudo meio amarelo. Refere estar usando sua medicação de forma regular porém na última semana apresentou quadro de diarreia por gastroenterite aguda. O médico pensou em toxicidade a um medicamento prescrito. Sobre a principal hipótese diagnóstica, classifique as seguintes afirmações em verdadeiras ou falsas.

I – hipercalemia pode precipitar e agravar esta toxicidade

II – hipocalemia é consequência desta toxicidade

III – pode cursar com bradiarritmias ou taquiarritmias

IV – o eletrocardiograma pode mostrar ST em padrão de “colher de pedreiro”

a) Somente I, II e III estão corretas

b) Todas estão corretas

c) Todas estão erradas

d) I, II, III e IV estão corretas

e) Somente III e IV estão corretas

31) Paciente 62 anos, masculino, etilista, tabagista (40maços/ano), sem outras comorbidades conhecidas. Trazido por familiares para atendimento por quadro de febre. Apresentava más condições de higiene/autocuidado e cavidade oral com dentes em mau estado de conservação. Encontrava-se sarcopênico. Não apresentava estigmas de doença hepática. Ainda na Emergência, realizado rastreio infeccioso com exames laboratoriais e de imagem. Apresenta tomografia de tórax e abdome sem alterações. Laboratório com leucocitose discreta, PCR elevado e VHS 120. Foram colhidas hemoculturas que em 48 horas mostraram *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina. Frente ao quadro apresentado, para auxiliar no diagnóstico de endocardite infecciosa utilizamos os critérios de Duke. Dentre as afirmativas abaixo qual está correta para confirmação diagnóstica?

a) Presença de dois critérios maiores

b) Presença de um critério maior e dois menores

c) Presença de três critérios menores

d) Presença de mais de uma hemocultura positiva para germe típico

e) Vegetação ou abscesso intracardíaco em exame histopatológico

32) Paciente 62 anos, masculino, etilista, tabagista (40maços/ano), sem outras comorbidades conhecidas. Trazido por familiares para atendimento por quadro de febre. Apresentava más condições de higiene/autocuidado e cavidade oral com dentes em mau estado de conservação. Encontrava-se sarcopênico. Não

apresentava estigmas de doença hepática. Ainda na Emergência, realizado rastreio infeccioso com exames laboratoriais e de imagem. Apresenta tomografia de tórax e abdome sem alterações. Laboratório com leucocitose discreta, PCR elevado e VHS 120. Foram colhidas hemoculturas que em 48 horas mostraram *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina. No ecocardiograma transesofágico foi identificada vegetação em valva nativa sem abscesso ou disfunção valvar. Qual das condutas abaixo não é apropriada?

- a) Realizar antibioticoterapia por 4-6 semanas a ser iniciada a contagem a partir da primeira hemocultura de controle negativa
- b) Realizar terapia antitrombótica pelo alto risco embólico
- c) Não realizar colonoscopia por não tratar-se de endocardite por *S. bovis*
- d) Não realizar tratamento cirúrgico pela ausência de complicações valvares
- e) Realizar avaliação odontológica completa para tratamento periodontal

33) As arbovirose são doenças de característica epidêmica, sendo transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti*, sendo assim, o crescente número de casos de infecções pelos vírus da Dengue, Zika e Chikungunya estão diretamente ligados ao aumento da população de mosquitos, que, por sua vez, estão relacionados a períodos chuvosos nos quais há acúmulo de água parada em perímetro urbano. A maioria dos casos destas são oligossintomáticos e apresentam evolução benigna, porém quadros graves de Dengue, tal como Dengue hemorrágica, pacientes que apresentam dores articulares crônicas de difícil controle por Chikungunya e, mais recentemente, o alto índice de crianças com microcefalia por infecção materna pelo Zika vírus, fazem estas doenças tornarem-se recorrentes em discussões médicas. Tendo em vista as arbovirose, marque a alternativa CORRETA:

- a) Em um paciente com suspeita de dengue que encontra-se no sétimo dia do início dos sintomas o exame de confirmação diagnóstica mais indicado é o Antígeno NS1
- b) Em um paciente com Dengue, febril + prova do laço positiva + exame laboratorial evidenciando plaquetas com valor de 90 mil (confirmado por exame em citrato) está indicado, estritamente, tratamento em regime de internação hospitalar
- c) Em pacientes com Chikungunya a dor articular caracteristicamente é bilateral e simétrica
- d) O principal sintoma que diferencia clinicamente a infecção pelo Zika vírus é o rash cutâneo não-pruriginoso que aparece após o 7 dia de infecção
- e) Dentre os sintomas que aparecem com a mesma frequência nas 3 principais arbovirose (Dengue, Zika e Chikungunya) encontram-se mialgia, cefaleia e conjuntivite

34) A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma doença comum, previsível e caracterizada por sintomas respiratórios persistentes e limitação ao fluxo aéreo, este por conta de alterações nas vias aéreas e nos alvéolos causados por exposição significativa a partículas e gases nocivos. Dentro os fenótipos encontramos o Enfisematoso que normalmente apresenta-se com mais dispnéia e

o Bronquiolítico que se apresenta com mais tosse e expectoração, sendo destes a tosse e expectoração tratáveis e/ou revertidos porém o enfisema é irreversível. Fumar (cigarro, cachimbo, narguilé..) ainda é a principal causa de DPOC no mundo. Em um pronto-atendimento dá entrada um paciente de 72 anos, ex-tabagista (carga tabágica de 120 maços-ano), DPOC confirmado por espirometria (VEF1/CVF 0,38 ou 38%), classificação GOLD 3D (último VEF1 pós-broncodilatador igual a 0,46 ou 46%), tendo 5 internações por descompensação infecciosa e uso de antibiótico no último ano sendo as últimas 2 nos últimos 90 dias, e em 1 destas internações apresentou cultura de escarro com presença de *Pseudomonas aeruginosa*. Este paciente queixa-se de piora da dispneia, piora da quantidade de escarro e piora do aspecto do escarro, estando este mais purulento, sintomas que se iniciaram há 4 dias porém hoje com piora importante da dispneia e início de dessaturação. Apresenta frequência cardíaca de 107bpm, frequência respiratória de 29irpm, saturação periférica de O2 89%, pressão arterial de 88/46mmHg e temperatura axilar de 38,1C. Neste contexto foi aberto protocolo de Sepsis, o qual indica prescrição imediata de antimicrobiano. Tendo em vista o quadro clínico apresentado marque a alternativa que NÃO corresponda a uma indicação de cobertura para *Pseudomonas aeruginosa*:

- a) Sinais clínicos de Sepsis (taquicardia, taquipneia, hipotensão e dessaturação).
- b) Mais de 4 cursos de antibióticos no ano.
- c) VEF1 < 50%.
- d) Presença de *Pseudomonas aeruginosa* em exacerbação anterior.
- e) Mais de 2 hospitalizações nos últimos 90 dias.

35) A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, na qual muitas células e elementos celulares têm participação. A inflamação crônica está associada à hiperresponsividade das vias aéreas, que leva a episódios recorrentes de sibilos, dispneia, opressão torácica e tosse, particularmente à noite ou no início da manhã. Esses episódios são uma consequência da obstrução do fluxo aéreo intrapulmonar generalizada e variável, reversível espontaneamente ou com tratamento. Paciente de 32 anos portador de asma desde os 5 anos de idade, em uso regular de Formoterol 12mcg associado a Budesonida 400 mcg ambos inalatórios 1 jato 2x/dia, e em uso de Salbutamol inalatório 100mcg 2 jatos como resgate quando em crises, vinha apresentando necessidade de resgate por mais de 2 vezes por semana. Na última crise, foi levado à Emergência e internado por quadro de descompensação sem resolução após terapia de resgate com salbutamol. O mesmo apresenta muitas dúvidas sobre como lidar com novas crises. No momento da alta, qual seria a melhor orientação medicamentosa segundo o último GINA quanto a terapia de resgate na asma marque a alternativa CORRETA:

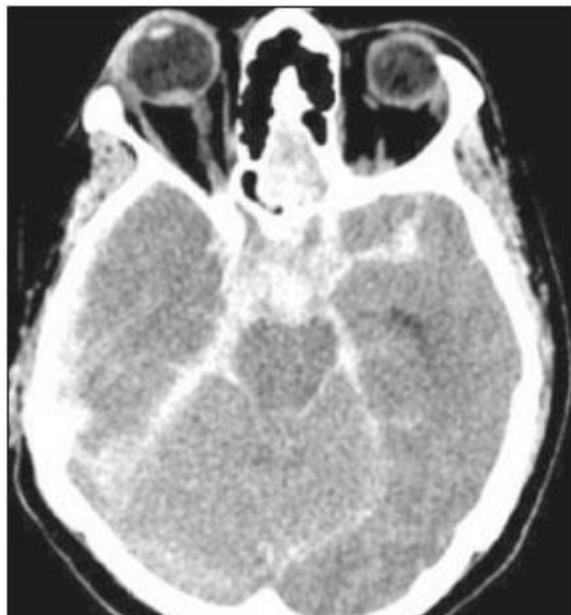
- a) Deverá realizar nebulização com ipratrópio isolada
- b) Deverá usar Formoterol + Budesonida no momento da crise.
- c) Deverá fazer uso de corticoide via oral (Prednisona 20mg) quando em crise.
- d) Deverá substituir o puff de Salbutamol por Fenoterol (Berotec) via nebulização.

- e) Deverá aumentar a dose do Salbutamol para 4 jatos e fazer uso de corticoide oral (Prednisona 20mg).

36) Paciente 56 anos, previamente hígido procurou a emergência com relato de tosse progressiva e febre há 8 dias. Relata ter feito uso de benegrip sem melhora. Nega vacinação recente inclusive para Covid-19 e Influenza. Na admissão na emergência já apresentava taquidispneia leve e SO_2 85%, melhor após início de O_2 suplementar. Foi internado e em 48 horas havia apresentado piora significativa do quadro ventilatório sendo necessária a intubação orotraqueal. Primeira gasometria na VM mostrava pH: 7,30, pCO_2 : 55, pO_2 : 66bpm, HCO_3^- : 22, BE: 3,0, SO_2 : 92%, lac: 1,4, P/F: 70. Quanto a ventilação protetora na Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA), assinale a afirmativa correta:

- a) Deverá ser mantida PEEP menor que 14
- b) A manobra de recrutamento alveolar está associada a complicações mecânicas como hipertensão e volutrauma
- c) A posição prona deverá ser mantida por até 12 horas devido ao risco de lesão de face ou mamas
- d) A diferença entre a pressão encontrada após uma pausa inspiratória de 2 segundos e a PEEP deve ser menor que 15
- e) Volume corrente ideal é calculado baseado no gênero, idade e peso medido do paciente

37) Paciente 65 anos, diabética, com doença renal crônica em tratamento conservador, evoluiu após queda da própria altura com quadro de cefaléia de forte intensidade que a levou a procurar encaminhada à Emergência onde realizou a tomografia computadorizada de crânio da figura abaixo. Não apresentava outros sintomas ou déficits neurológicos.



No 3º dia de internação evoluiu com rebaixamento do nível de consciência com Glasgow 7. Sinais vitais mostravam PA: 190x110mmHg, FC: 40bpm, FR: 10irpm, SO2: 91%. Exames laboratoriais mostravam: Hematócrito: 32%, leucograma inocente, plaquetas 140mil, Ureia: 92, Cr: 1,5, Na: 155, K: 4,0, Mg: 2,0. Assinale a alternativa que mostra a melhor conduta para este paciente

I – tratar hipernatremia com solução glicosada a 5% e água livre por via enteral

II – realizar intubação orotraqueal

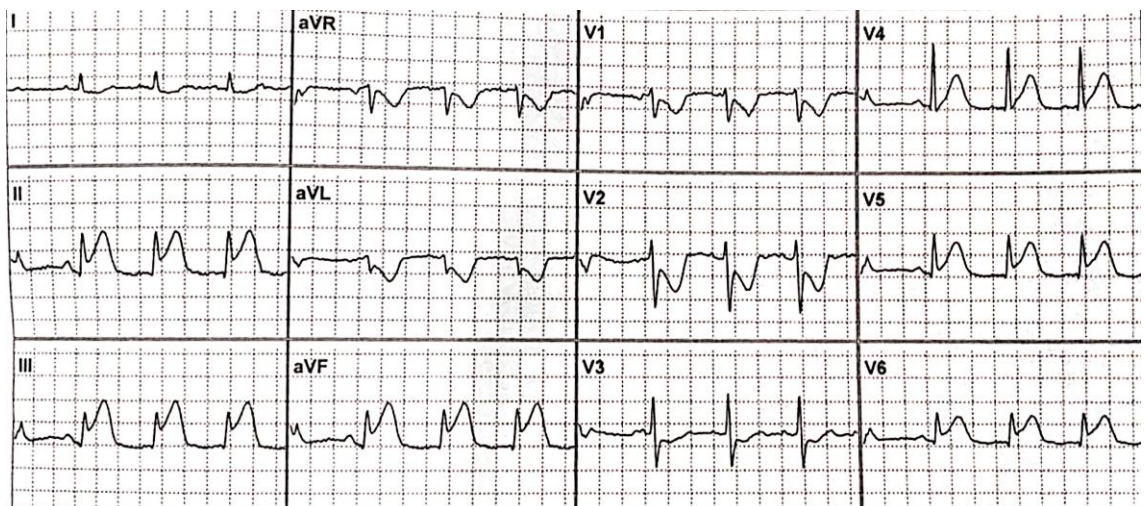
III – administrar manitol

IV – cabeceira elevada a 30º

V – administrar solução salina hipertônica

- a) I, II, III estão corretas
- b) II, III e IV estão corretas
- c) I, III e IV estão corretas
- d) II, IV e V estão corretas
- e) I, II, IV e V estão corretas

38) Paciente feminina, 55 anos, com história progressiva de hipertensão diabetes e tabagismo, dá entrada no pronto atendimento do seu hospital, com relato de dor precordial típica, irradiando para mandíbula, com início há duas horas e que não melhora com uso de analgésicos. Na chegada são conferidos os sinais vitais: FC: 100 bpm, FR: 24 irpm, PA: 100x60 mmHg, e SO2: 95%. Ao exame físico observamos apenas RCR em 3T (com B3) e crepitações em ambas as bases pulmonares. Foi realizado um ECG (mostrado abaixo).



Classifique as afirmativas abaixo em verdadeiras (V) ou falsas (F)

I – trata-se de um IAMCSST de parede anteroseptal

II – a provável artéria acometida é a artéria coronária direita

III – deverá ser iniciada dupla antiagregação plaquetária com AAS e ticagrelor

IV – esta paciente deverá ser classificada com Killip III

V – o tempo porta-balão ideal objetivado é inferior a 90 minutos

a) I – F, II – V, III – V, IV – F, V – V

b) I – V, II – F, III – V, IV – F, V – F

c) I – F, II – V, III – F, IV – F, V – V

d) I – F, II – F, III – F, IV – V, V – V

e) I – F, II – V, III – V, IV – V, V – V

39) Paciente admitido com quadro de IAMCSST killip IV, com disfunção grave de VE e FEVE 30%, vinha em melhora evolutiva após cateterismo. Havia sido instalado cateter de artéria pulmonar para monitorização hemodinâmica desde admissão no CTI. No 3º dia de internação, o paciente que vinha em melhora, inclusive com resolução da disfunção sistólica no ecocardiograma e programação de desmame de ventilação mecânica, já sem dobutamina, evoluiu com quadro de novo rebaixamento da consciência, piora ventilatória, instabilidade hemodinâmica com necessidade de início de noradrenalina, aumento da secreção traqueal, febre, piora da leucocitose e aumento da PCR e procalcitonina. Segundo os padrões mostrados abaixo de monitorização hemodinâmica, quais mais se adequam ao perfil hemodinâmico no primeiro e quarto dia, respectivamente:

Glossário: IC = índice cardíaco, RVS = resistência vascular sistêmica, POAP = pressão de oclusão de artéria pulmonar, PCV = pressão venosa central, SVcO2 = saturação venosa central de O2

Padrões:

I – IC alto, RVS baixa, POAP normal, PVC baixa, SVcO2 alta

II – IC baixo, RVS baixa, POAP baixa, PVC alta, SVcO2 baixa

III – IC alto, RVS alta, POAP normal, PVC alta, SVcO2 alta

IV – IC baixo, RVS alta, POAP alta, PVC alta, SVcO2 baixa

a) 1º dia = padrão I, 3º dia = padrão II

b) 1º dia = padrão II, 3º dia = padrão I

c) 1º dia = padrão III, 3º dia = padrão IV

d) 1º dia = padrão IV, 3º dia = padrão I

e) 1º dia = padrão II, 3º dia = padrão III

40) Paciente internado com quadro de ICFER descompensada, relata que vinha apresentando quadro de ortopneia com piora progressiva nas últimas 2 semanas. Hoje apresentou sonolência e confusão mental e foi trazido pela família. Na emergência encontrava-se com taquipneia leve, intolerância ao decúbito,

crepitações bibasais, turgência jugular a 45°, extremidades frias e pegajosas, com lentificação da perfusão distal. Apresentava FC: 64bpm, PA: 80x50mmHg, FR: 25irpm, SO₂: 91% (ar ambiente). Foi iniciada dobutamina em diluição padrão (Soro glicosado 5% 210ml + Dobutamina 40ml). Ao ser admitido na unidade coronariana, o acadêmico sugeriu trocar a solução para dobutamina pura, para reduzir o volume administrado no paciente. A sugestão foi bem recebida pelos staffs que então solicitaram que o acadêmico calculasse a nova velocidade de infusão. Sabendo que 1 ampola de dobutamina apresenta 250mg/20ml, que o paciente estava usando na emergência 10mcg/kg/min da solução diluída e que o paciente pesa 80kg. Qual a velocidade de infusão aproximada na emergência e a nova velocidade de infusão na unidade coronariana, respectivamente?

- a) Emergência = 24ml/h, UCO = 3,8
- b) Emergência = 20ml/h, UCO = 4,7
- c) Emergência = 18ml/h, UCO = 7,1
- d) Emergência = 20ml/h, UCO = 5,2
- e) Emergência = 24ml/h, UCO = 2,5

41) Paciente idoso em tratamento de câncer de cólon com xeloda há 15 dias, evoluiu com quadro de neutropenia febril com choque séptico e IRA. Foi iniciado antibioticoterapia com cefepime e vancomicina associadas a filgrastim (granulokine) sem melhora nas primeiras 24 horas. Foi então associada micafungina com melhora nas 48 horas subseqüentes. Manteve, entretanto, oligúria e aumento progressivo de escórias nitrogenadas. Evoluiu no 5º dia de internação com rebaixamento do nível de consciência apesar da melhora dos parâmetros inflamatórios e hemodinâmicos. Foi realizado então eletroencefalograma que confirmou status epilepticus não-convulsivo. Associe a provável medicação culpada com o tratamento recomendado.

- a) Xeloda → Midazolam
- b) Cefepime → Hidantal
- c) Filgrastim → Ácido Valpróico
- d) Cefepime → Topiramato
- e) Vancomicina → Levetiracetam

42) Paciente 57 anos, sem demência prévia, com histórico de reposição hormonal iniciada há 2 anos, foi levada à Emergência por queixa de cefaleia e confusão mental de início recente e rápida progressão, com períodos de hipersexualidade. Na admissão foi observado que a paciente encontrava-se febril. Foi realizada TC de crânio sem alterações evidentes. Sem outros achados ao exame neurológico. Foi colhido Líquido Cefalorraquidiano (LCR) que mostrou líquido claro, com 20 leucócitos, 12% monócitos e 78% linfócitos, proteínas totais 50mg/dl e glicose

78mg/dl. Assinale a alternativa que contém apenas afirmações corretas de acordo com sua principal hipótese diagnóstica.

I – Deverá iniciar tratamento com Aciclovir até que saia o resultado da reação de polimerase em cadeia

II – Deverá iniciar Ceftriaxona e Ampicilina até liberação de culturas do LCR

III – Aparecimento de crises convulsivas novas é comum neste quadro

IV – Na Ressonância Magnética o lobo mais acometido é o frontal

V – Chikungunya e Dengue são alguns dos possíveis agentes etiológicos

- a) I, III e V estão corretas
- b) I, II, III estão corretas
- c) I II, III, IV estão corretas
- d) I II, III, V estão corretas
- e) II, V estão corretas

43) Paciente 40 anos, previamente hígido, porém sedentário, relata que no último mês precisou aumentar a carga de trabalho com hora extra devido aos custos de um novo curso que sua filha está fazendo. Relata que desde então apresentou diversas crises de ansiedade em que mesmo em repouso sentia o coração bater mais rápido. Procurou um Psiquiatra que diagnosticou TAG e receitou escitalopram e clonazepam. Hoje enquanto voltava do trabalho apresentou tonteira e foi encaminhado para emergência. Na admissão apresentava FC 150bpm e eletrocardiograma mostrava ritmo cardíaco irregular com QRS estreito. Encontrava-se neste momento, lúcido assintomático, com PA 110x60mmHg e extremidades bem perfundidas. Qual a melhor conduta neste caso.

- a) Cardioversão elétrica devido à instabilidade hemodinâmica
- b) Ancoron 300mg ataque + 900mg/dia, manutenção
- c) Adenosina 6mg agora e repetir mais 12mg (dose dobrada) caso não resolva
- d) Metoprolol 5mg IV agora e repetir até duas vezes em um total de 15mg
- e) Nenhuma das alternativas está correta

44) Paciente 82 anos foi internada com quadro de dor abdominal de forte intensidade inicialmente em flanco esquerdo e agora difusa. Apresenta distensão abdominal importante, com abdome tenso e pouco depressível. Encontra-se hipotenso sem resposta a ressuscitação volêmica. Foi iniciada solução padrão de noradrenalina com sua dose progressivamente mais alta até 24ml/h. Em seguida, o plantonista associou solução padrão de vasopressina a 6ml/h. Sobre o caso acima, responda, respectivamente, qual a dose atual da noradrenalina (em mcg/kg/min) e até que velocidade de infusão (em ml/h) poderá ser aumentada a vasopressina?

Observações:

Solução padrão de noradrenalina = noradrenalina 20ml + soro fisiológico 80ml

Solução padrão de vasopressina = vasopressina 1ml + soro fisiológico 99ml

Concentração da noradrenalina pura = 1000mcg/ml

Concentração da vasopressina pura = 20UI/ml

Dose máxima de vasopressina = 0,04UI/min

Peso paciente = 50kg

- a) Dose atual noradrenalina = 1,8mcg/kg/min e vasopressina está na dose máxima
- b) Dose atual noradrenalina = 1,4mcg/kg/min e vasopressina pode ser aumentada até 20ml/h
- c) Dose atual noradrenalina = 1,2mcg/kg/min e vasopressina pode ser aumentada até 15ml/h
- d) Dose atual noradrenalina = 1,6mcg/kg/min e vasopressina pode ser aumentada até 12ml/h
- e) Dose atual noradrenalina = 2,0mcg/kg/min e vasopressina pode ser aumentada até 10ml/h

45) Homem 79 anos, hipertenso, durante viagem de avião, sobrevoando o Atlântico, apresentou episódio de crise convulsiva. Ao avião tocar o solo, iniciou nova crise convulsiva, desta vez testemunhada pela equipe médica de resgate e identificada como crise tonicoclônica generalizada. Após o término da crise apresentou sonolência transitória e ao despertar, já no hospital de referência, apresentava hemiparesia direita e desvio de comissura labial. Apresentava ainda disartria leve. Seu marido relata que ficou assustadíssimo pois, após a primeira crise, o paciente se manteve sonolento até a aterrissagem três horas e meia depois. Foi acionado o protocolo de AVC e realizada TC de crânio que não mostrou alterações. Após a realização da TC observou-se que paciente apresentava ligeira melhora da força no dimídio direito com quatro horas e meia do primeiro evento. Sobre este caso, qual a melhor conduta?

- a) deverá ser realizada trombólise seguida de trombectomia mecânica
- b) deverá ser realizada trombólise com alteplase
- c) deverá ser realizada trombectomia mecânica
- d) não deverá ser realizada trombólise ou trombectomia pois trata-se de provável paralisia de Todd
- e) não deverá ser realizada trombólise ou trombectomia pois o paciente tem mais de 75 anos

46) Paciente com histórico de DAC e ICFER vinha em uso de bisoprolol 10mg/dia, valsartana 160mg 12/12h, espironolactona 50mg/dia, furosemida 40mg de manhã e de tarde, AAS 100mg após almoço e atorvastatina 20mg à noite. Foi trazido para emergência com quadro de taquidispneia associada a fraqueza, confusão mental e náuseas. Filha relata que o mesmo já vem há 1 semana com progressiva piora do cansaço e que atualmente dorme quase sentado. Ao exame você observa turgência jugular patológica e fígado palpável a 3cm do rebordo

costal, doloroso à palpação. Ausculta reduzida em bases com crepitações até terço médio. Sinais vitais: PA: 100x60mmHg, FC: 55bpm, SO₂: 92% (ar ambiente), FR: 24irpm. Qual a melhor conduta para melhorar o débito cardíaco deste paciente?

- a) Preferir dobutamina visto que o paciente apresenta pressão < 110x70mmHg
- b) Preferir dobutamina uma vez que o paciente apresenta sinais de hepatopatia crônica
- c) Preferir levosimedan a milrinona pois o paciente apresenta IRA
- d) Utilizar noradrenalina até normalização da pressão arterial
- e) Utilizar nitroprussiato com objetivo de redução da pós-carga

47) Paciente DPOC encontra-se em desmame de ventilação mecânica em PSV: 7, PEEP 8, FIO₂: 30%, FR 20irpm, porém ainda sonolento sem condições para extubação orotraqueal ainda. Sobre os critérios de desmame de ventilação mecânica, classifique em verdadeiro (V) ou falso (F) as afirmativas a seguir:
I – o teste do cuff-leak deve ser sempre realizado e autoriza a extubação quando não se observa vazamento de ar
II – o blue-dye test deve ser sempre realizado e autorizada a extubação quando não há saída de secreção azul 12 horas após o mesmo
III – se o índice de respiração superficial rápida for >105bpm, a chance de insucesso na extubação é alta
IV – o índice Tobin é calculado pela divisão da frequência respiratória pelo volume corrente em litros

- a) I, II e III estão corretas
- b) I, III e IV estão corretas
- c) II e IV estão corretas
- d) III e IV estão corretas
- e) I e III estão corretas

48) Durante a epidemia por COVID-19, a incidência de SDRA e a gravidade dos casos nos fez lidar com novos problemas como adequação de regimes de sedação e preocupação com a ocorrência de Pneumonias Associadas a Ventilação (PAV). Em relação a PAV, avalie as afirmativas a seguir:
I – Pacientes que abrem o quadro de PAV com choque séptico ou SDRA grave não devem fazer uso de antibiótico em monoterapia, devendo ser adotada dupla terapia para gram negativos com cobertura para Pseudomonas e germes MDR com ou sem um terceiro antibiótico para cobertura de MRSA
II – PAV é definida como um tipo de pneumonia hospitalar que se desenvolve 5 dias após início de ventilação mecânica
III – Cabeceira elevada a 45°, higiene da cavidade oral com clorexidina e uso de tubo de aspiração subglótica são algumas das medidas adotadas para reduzir incidência de PAV

- a) Todas estão certas
- b) I e II estão certas
- c) I e III estão certas
- d) II e III estão certas
- e) Todas estão erradas

49) Baseado nas novas recomendações do Surviving Sepsis Campaign 2021, avalie as afirmativas abaixo como verdadeiras (V) e falsas (F):

- I – O q-SOFA foi criado como um escore para avaliação de mortalidade e apresenta menor sensibilidade que o SIRS, NEWS e MEWS para rastreamento de sepse. Deste modo não é mais recomendado seu uso isolado para screening.
- II – A recomendação de ressuscitação com 30ml/kg de cristalóide foi retirada do Guideline, visto que verificou-se nos últimos anos a hidratação inicial vigorosa não é benéfica na Sepse.
- III – Se sepse é possível mas o paciente não apresenta choque, o antibiótico agora pode ser administrado em até 3 horas.
- IV - Em relação ao choque séptico, é sugerido uso precoce de vasopressores, inclusive em veia periférica até que se possa instalar um acesso profundo, é sugerido uso de corticóide e é recomendado não usar vitamina C

- a) I – V, II – V, III – F, IV – V
- b) I – V, II – F, III – F, IV – V
- c) I – V, II – F, III – V, IV – V
- d) I – F, II – V, III – V, IV – F
- e) I – F, II – F, III – F, IV – V

50) Jovem de 26 anos procurou a emergência por queixa de “falta de ar”. Relatava que após festa há 15 dias atrás onde havia consumido drogas e álcool evoluiu com quadro gripal. Ao exame físico você observou que o paciente apresentava distensão das veias jugulares, ausculta pulmonar sem sinais de congestão, ausculta cardíaca com bulhas hipofonéticas, e pressão arterial que caía durante a inspiração. Qual o diagnóstico mais provável?

- a) Miocardite viral
- b) Endocardite infecciosa
- c) Tamponamento cardíaco
- d) Insuficiência mitral
- e) Insuficiência tricúspide aguda

Gabarito:

1) B	26) D
2) D	27) D
3) D	28) D
4) D	29) E
5) A	30) E
6) B	31) E
7) B	32) B
8) E	33) C
9) D	34) A
10) C	35) B
11) E	36) D
12) C	37) B
13) D	38) A
14) C	39) D
15) C	40) A
16) E	41) D
17) C	42) A
18) D	43) D
19) D	44) D
20) E	45) D
21) A	46) E
22) E	47) D
23) B	48) C
24) B	49) C
25) E	50) C