

1 - Em pós-operatório de gastroplastia redutora com derivação em Y-Roux, o parâmetro clínico mais relevante de uma eventual complicação intracavitária é:

- 1) Oligúria.
- 2) Rebaixamento do nível de consciência.
- 3) Dor abdominal com descompressão brusca dolorosa presente.
- 4) Taquicardia.
- 5) Náuseas e vômitos.

2 - Paciente no 2º dia de pós-operatório de tireoidectomia total por bócio multinodular apresentou crise leve de laringoespasma. Ao exame clínico constata-se a presença de sinal de Chevostek e de Trousseau. O eletrocardiograma revela prolongamento no segmento Q-T. Qual a melhor opção terapêutica inicial?

- 1) Gluconato de cálcio.
- 2) Sulfato de magnésio.
- 3) Hidralazina.
- 4) Broncodilatador inalatório e corticóide endovenoso.
- 5) Bicarbonato de sódio.

3 - Com relação à esplenectomia, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- 1) Esferocitose hereditária, Eriptocitose hereditária e Anemia Hemolítica Auto-imune são indicações hematológicas clássicas.
- 2) Púrpura trombocitopênica trombótica, anemia falciforme e Talassemia Major são indicações hematológicas esporádicas.
- 3) O momento ideal para a imunização é no período pré-operatório, com ênfase na cobertura contra bactérias capsuladas tais como: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* tipo B e *Neisseria meningitidis*.
- 4) Pacientes portadores de doenças mieloproliferativas ou esplenomegalia acentuada apresentam maiores índices de morbidade operatória podendo chegar a 40 – 60%.
- 5) A perfuração diafragmática raramente ocorre na esplenectomia aberta, porém pode ocorrer na técnica laparoscópica, sendo que o principal fator causal é a lesão térmica decorrente da dissecação do pólo superior do baço.

4 - Homem, 39 anos, submetido à apendicectomia laparoscópica sem intercorrências. Recebeu alta hospitalar no segundo dia de pós-operatório. Retornou ao consultório no 10º dia de pós-operatório sem queixas digestivas ou incisionais. O laudo anátomo patológico revelou: neoplasia neuroendócrina bem diferenciada do terço distal do apêndice cecal com três cm de diâmetro e base apendicular livre de comprometimento neoplásico. Qual a melhor conduta para este paciente?

- 1) Quimioterapia.
- 2) Hemicolectomia direita com linfadenectomia.
- 3) Observação clínico-oncológica com realização de tomografia de tórax, abdome total e pelve a cada seis meses.
- 4) Ampliação da ressecção na base do apêndice envolvendo o ceco e metade do cólon ascendente.
- 5) Radioterapia.

5 - A principal indicação cirúrgica na pancreatite crônica é:

- 1) Dor refratária ao tratamento medicamentoso.
- 2) Pseudocisto de pâncreas.
- 3) Icterícia obstrutiva.
- 4) Degeneração maligna.
- 5) Ascite pancreática.

6 - Com relação ao empiema pleural, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- 1) É definido como uma coleção de líquido purulento entre os dois folhetos pleurais.
- 2) Na fase exsudativa a drenagem pleural pode ser suficiente para o seu tratamento.
- 3) Desde que não haja evidência de fístula broncopleural a lavagem com soro fisiológico do espaço pleural pode ser realizada em empiemas com grande quantidade de depósitos de fibrina.
- 4) A patogenia mais freqüente é a inoculação bacteriana direta no espaço pleural, como por exemplo, em punções ou drenagens torácicas ou ainda em ferimentos penetrantes no tórax.
- 5) A pleurostomia é uma opção terapêutica para os casos de empiema pleural crônico onde já existe encarceramento pulmonar.

7 - Assinale a alternativa **INCORRETA** em relação à hematúria:

- 1) No adulto, a endometriose, hiperplasia benigna da próstata e exercícios físicos extenuantes são causas de hematúria pós-renal.
- 2) As coagulopatias e a anemia falciforme estão entre as causas hematológicas mais comuns no adulto.
- 3) A uretrocistoscopia não deve ser realizada na urgência.
- 4) Em indivíduos até 20 anos, as causas mais comuns são: glomerulonefrites, infecções do sistema urinário e malformações congênitas.
- 5) Pacientes submetidos a radioterapia na região pélvica têm predisposição de desenvolver episódios de hematúria.

8 - Homem de 66 anos, no 4º dia de pós-operatório de enterectomia e enteroanastomose por tumor neuroendócrino (carcinóide) obstrutivo de íleo com 6 cm de diâmetro. Evolui com drenagem de aproximadamente 700mL/24hs de débito francamente entérico pelo dreno abdominal em flanco direito. Faz uso de corticóide por enfisema pulmonar avançado. Ao exame físico: FC: 112bpm, PA: 110/60mmHg, FR: 18 ipm; abdome doloroso difusamente, sem descompressão brusca dolorosa. A ferida operatória está limpa e seca. A conduta mais apropriada para este caso é:

- 1) Reoperação e abordagem cirúrgica da fístula.
- 2) Reoperação e cecostomia descompressiva.
- 3) Iniciar nutrição parenteral total central.
- 4) Iniciar nutrição enteral por sonda nasoenteral.
- 5) Manter conduta não cirúrgica ampliando o espectro antimicrobiano.

9 - Homem de 53 anos, cirrótico Child B, em pós-operatório de gastrectomia total por adenocarcinoma gástrico proximal T3N0M0. No 8º pós-operatório foi diagnosticada fístula da anastomose esôfago-jejunal e iniciada nutrição parenteral total. Após 10 dias de nutrição parenteral o paciente apresentou quadro de confusão e agitação psicomotora, elevação dos níveis de bilirrubina, queda da atividade de protrombina e albumina sérica de 1,9g/dL. O débito da fístula vem se mantendo em torno de 90mL/24hs sem piora clínica do exame físico abdominal em relação aos dias anteriores. A primeira hipótese para essa piora clínica é:

- 1) Desbloqueio da fístula para a cavidade abdominal, peritonite e sepse.
- 2) Encefalopatia hepática devido à presença de aminoácidos de cadeia aromática na nutrição parenteral.
- 3) Distúrbio hidroeletrólítico, provavelmente hiponatremia, decorrente da depleção de sódio pela fístula.
- 4) Distúrbio metabólico, por conta da acentuada hipoalbuminemia.
- 5) Mediastinite devido disseminação da fístula para o mediastino.

10 - Dentre os sintomas abaixo, qual o mais comum após uma funduplicatura laparoscópica?

- 1) Desconforto temporário para deglutir.
- 2) Aumento da flatulência.
- 3) Distensão abdominal.
- 4) Inabilidade para eructar.
- 5) Inabilidade para vomitar.

11 - Um jovem de 19 anos envolveu-se numa briga sendo agredido com uma paulada na cabeça. Foi admitido no PS com hálito alcoólico, contando a briga. Apresentava um ferimento sem sangramento ativo em região têmporo-parietal D, suas pupilas estavam isocóricas e fotorreagentes. Não tinha déficit neurológico. Durante o atendimento inicial evoluiu letárgico, com rebaixamento do nível de consciência, anisocoria com pupila D > E e paresia a E. Mantinha-se hemodinamicamente normal e foi submetido à intubação orotraqueal.

A melhor hipótese diagnóstica nesse caso é:

- 1) Concussão cerebral temporal que justifica o aparecimento de sinais de hipertensão intracraniana.
- 2) Hematoma subdural agudo, que é mais freqüente e representa 30% dos TCE graves.
- 3) Hematoma epidural ou extradural, pois houve um intervalo lúcido seguido de piora neurológica.
- 4) Lesão axional difusa devido á piora clínica do paciente.
- 5) Hematoma intraparenquimatoso com inundação ventricular, pois houve rápida deteriorização neurológica.

12 - Numa discussão entre um casal, a mulher foi agredida pelo marido com uma faca de cozinha. Durante a agressão o cabo da faca quebrou ficando a lâmina cravada na face anterior do tórax da vítima, no 4<sup>o</sup> EIC à esquerda e na linha hemiclavicular. Na admissão ao Pronto Socorro apresentava-se consciente, respirando espontaneamente, gemente e muito nervosa. Encontrava-se hemodinamicamente normal e sem alteração à ausculta pulmonar. A melhor conduta nesse caso é:

- 1) Videotoroscopia concomitante à toracotomia mandatária para a retirada da lâmina cravada pelo risco de hemorragia grave.
- 2) Retirada da lâmina cravada sob analgesia na sala de trauma; seguida da realização de um RX de tórax para avaliar necessidade de drenagem torácica.
- 3) Retirada da lâmina na sala de trauma sob analgesia seguida da realização de tomografia de tórax e mediastino.
- 4) Videotoroscopia com retirada da lâmina sob visão direta, em que pese a necessidade de anestesia geral.
- 5) Retirada da lâmina na sala de trauma sob analgesia desde que a arteriografia dos vasos da base seja normal.

13 - Paciente de 46 anos apresentou na evolução de uma parotidite supurativa à direita, um grande abaulamento cervical mais evidente à direita, com sinais flogísticos locais e odinofagia. Procurou o Pronto Socorro sendo internado com diagnóstico de abscesso cervical. Nesse caso é correto afirmar que:

- 1) Trata-se de uma infecção cervical cuja disseminação faz-se por via hematogênica o que justifica a agressividade e gravidade do processo, devendo ser tratada por cervicotomia associada à toracotomia.
- 2) O tratamento é clínico, com antibioticoterapia de amplo espectro, pois se trata de uma infecção polimicrobiana, devendo ser instituída de imediato e mantida por três a quatro semanas.
- 3) Trata-se de um paciente imunocomprometido, provavelmente diabético, HIV positivo ou desnutrido grave para justificar essa evolução.
- 4) A parotidite supurativa é atualmente a etiologia mais freqüente de abscesso cervical em adulto no nosso meio; enquanto a faringoamigdalite permanece como principal causa nas crianças.
- 5) A infecção é grave podendo disseminar-se por três vias: linfática, hematogênica e por continuidade e, nesse caso, a complicação mais temida é a mediastinite descendente necrótica.

14 - Jovem de 20 anos é vítima de dois ferimentos por arma branca (FAB): um em 8<sup>o</sup> EIC à esquerda na linha escapular de 1,5 cm e outro, no 7<sup>o</sup> EIC à esquerda na linha hemiclavicular de 1,0 cm. Chega ao PS consciente, com hálito alcoólico referindo dor torácica. Apresenta FC: 88 bpm e PA: 120 X 80mmHg, murmúrio vesicular diminuído em base esquerda e sem dor ao exame abdominal. O RX feito na sala de trauma mostrou velamento do seio costofrênico esquerdo. A melhor conduta nesse caso é:

- 1) Drenagem torácica e vídeolaparoscopia diagnóstica.
- 2) Observação clínica com RX de controle em 6 horas, desde que, o ecocardiograma seja normal.
- 3) Drenagem torácica, Exame contrastado do esôfago- estômago - duodeno e ecocardiograma; para avaliar eventual hérnia diafragmática e lesão cardíaca.
- 4) Videotoracoscopia com avaliação do saco pericárdico e do diafragma seguida da drenagem torácica.
- 5) Drenagem torácica seguida do FAST abdominal e de precórdio, pois se trata de ferimentos na zona de Ziedler e na transição tóraco-abdominal.

15 - Uma jovem de 18 anos foi admitida no Pronto Socorro vítima de queda de moto. Usava capacete. Ao chegar estava consciente, com 13 pontos na Escala de Coma de Glasgow, com colar cervical, hematoma periorbital E, respirando espontaneamente com máscara de O<sub>2</sub>, braço e perna D imobilizados em prancha longa. FC: 120 bpm e perfusão periférica regular. A ausculta pulmonar e o exame do abdome eram normais, inclusive com FAST abdominal negativo. O RX de tórax foi normal e a TC de crânio e cervical aparentemente sem lesões. Foi feita reposição volêmica com cristalóide e sangue com melhora hemodinâmica. Foi operada pela ortopedia para fixação das fraturas após 10 h do trauma. Nesse período evoluiu com rebaixamento do nível de consciência, insuficiência respiratória exigindo ventilação mecânica, mas hemodinamicamente normal. Estava edemaciada, com petéquias na conjuntiva e tórax que desapareceram em poucas horas. Essa evolução é melhor justificada por:

- 1) Embolia gasosa pulmonar e cerebral.
- 2) Edema pulmonar e cerebral.
- 3) Síndrome da embolia gordurosa.
- 4) Concussão cerebral e contusão pulmonar.
- 5) Síndrome da veia cava superior.

16 - No paciente com trauma torácico, após atendimento e tratamento iniciais adequados a toracotomia está indicada em todos os casos abaixo **EXCETO**:

- 1) Nos ferimentos transfixantes de mediastino em pacientes instáveis hemodinamicamente.
- 2) Nos pacientes vítimas de FAB torácicos que logo após a drenagem apresentam escape aéreo durante o esforço de tosse.
- 3) Nos pacientes instáveis hemodinamicamente vítimas de ferimentos penetrantes torácicos em zona de Ziedler.
- 4) Na vítima de ferimento penetrante torácico que apresenta uma PCR no atendimento inicial.
- 5) Nos ferimentos penetrantes torácicos cuja janela pericárdica é positiva.

17 - Paciente de 23 anos é admitido no PS com queixa de enterorragia há 1 hora. Relata dois episódios de hemorragia digestiva anteriores com parada espontânea do sangramento. Ao exame apresenta-se hipotenso, taquicárdico e descorado, mas após reposição volêmica adequada fica hemodinamicamente normal. A endoscopia digestiva alta e a colonoscopia não mostram lesões, apenas restos hemáticos no cólon. Realizou mapeamento com Tecnécio que mostrou captação anômala em topografia de flanco direito. Optado pelo tratamento operatório, a cirurgia de eleição é:

- 1) Gastrectomia total por Lesão de Dieulafoy.
- 2) Gastrectomia parcial por Síndrome de Gardner.
- 3) Diverticulectomia de delgado por divertículo de Meckel.
- 4) Colectomia direita por tumor carcinóide do ceco.
- 5) Colectomia do cólon transversal por angiodisplasia de cólon.

18 - No atendimento ao traumatizado, com relação à cirurgia de “controle de danos”, todas as alternativas estão corretas, **EXCETO**:

- 1) No caso do trauma abdominal grave, consiste numa laparotomia abreviada para prevenir a instalação da tríade letal: acidose metabólica, coagulopatia e hipotermia.
- 2) O termo “controle de danos” atualmente pode ser empregado em outras situações graves além do trauma abdominal como, por exemplo, no trauma torácico e mesmo ortopédico.
- 3) Identificamos em geral três tempos na cirurgia de “controle de danos”: operação abreviada, reanimação fisiológica preferencialmente em unidade de terapia intensiva e reoperação programada.
- 4) Uma vez optado pela cirurgia de “controle de danos” a reoperação programada deve ser realizada a partir do 10º dia da operação inicial.
- 5) No caso da laparotomia abreviada na cirurgia de “controle de danos” podemos utilizar para o fechamento da parede abdominal sacos plásticos de soro ou mesmo coletores de urina (“bolsa de Bogotá”).

19 - Paciente de 31 anos foi submetido à laparotomia exploradora por abdome agudo obstrutivo, sendo o achado operatório uma hérnia diafragmática esquerda com encarceramento do ângulo esplênico do cólon no tórax. Havia grande distensão e edema das alças intestinais dificultando a redução do conteúdo herniado e o fechamento da parede abdominal. No pós-operatório imediato o paciente que permanecia sob ventilação mecânica, evoluiu com instabilidade hemodinâmica e oligoanúrico necessitando de drogas vasoativas. A pressão intraabdominal aferida 6 e 10 horas após a operação foi respectivamente 25 e 28 mmHg. Com relação a essa evolução podemos afirmar que:

- 1) Essa evolução traduz resposta endócrino-metabólica precária ao trauma cirúrgico, podendo ser otimizada com o uso de corticóides em baixas doses.
- 2) Pode ser justificada pela Síndrome Compartimental Abdominal e dessa forma a descompressão do abdome está indicada.
- 3) Essa evolução é comum após a correção de uma hérnia diafragmática, uma vez que a acomodação do conteúdo reduzido na cavidade abdominal demora em média 48 hs.
- 4) Essa evolução não se justifica, pois o paciente apresenta uma Hipertensão Intraabdominal grau II.
- 5) A piora clínica do paciente justifica-se pela escolha da laparotomia exploradora como via de acesso ao invés da toracotomia esquerda que seria a via de acesso de escolha para esse caso.

20 - Com relação ao trauma fechado de tórax podemos afirmar que:

- 1) O pneumomediastino é sinal patognomônico de lesão de via aérea, por isso quando presente, a toracotomia está indicada.
- 2) No tórax flácido ou instável a intubação orotraqueal com ventilação mecânica é mandatória, pois permite o controle da insuficiência respiratória através da estabilização pneumática das fraturas de costelas.
- 3) O enfisema de tecido celular subcutâneo piora a hipóxia do paciente por isso a traqueostomia deve ser indicada precocemente nesse caso.
- 4) A presença de choque define o diagnóstico de hipovolemia grave, ou seja, hemorragia volumosa.
- 5) O prognóstico do paciente com tórax flácido está diretamente relacionado à extensão da contusão pulmonar.

21 - Paciente vítima de FAB em flanco esquerda é admitido no Pronto Socorro hemodinamicamente estável, alcoolizado, com dor à palpação de abdome, mas sem peritonite. A exploração digital do ferimento mostrou tratar-se de um ferimento penetrante sendo indicada laparotomia exploradora. O achado foi de mínima quantidade de sangue na pelve, hematoma de zona II de retroperitônio à esquerda e lesão em cólon descendente. A melhor conduta diante desse hematoma é:

- 1) Só deve ser explorado se for pulsátil ou estiver em expansão, pois se trata de um hematoma de zona II do retroperitônio.
- 2) Não explorá-lo, pois o paciente está hemodinamicamente estável.
- 3) Exploração sistemática do hematoma.
- 4) Exploração não deve ser realizada pelo risco de contaminação pela lesão de cólon.
- 5) Exploração sistemática somente se hematuria estiver presente.

22 - Com relação à pancreatite aguda assinale a correta:

- 1) Na pancreatite aguda com amilase superior a 1000 mg/dL a antibioticoterapia deve ser iniciada precocemente, de preferência nos primeiros 10 a 14 dias.
- 2) Quando associada à colecistite aguda, o tratamento de escolha é a antibioticoterapia por 10 a 14 dias, sendo a colecistectomia contra-indicada nesse período.
- 3) O tratamento da pancreatite necrohemorrágica consiste na pancreatectomia corpo-caudal com drenagem ampla da cavidade.
- 4) O jejum oral deve ser mantido até a normalização da amilase o que ocorre em torno de sete dias de evolução.
- 5) A dieta oral pode ser iniciada em 24 a 48 horas da admissão e, ocorrendo vômitos persistentes ou dor abdominal, a melhor opção é a introdução de dieta enteral.

23 - A embolia pulmonar representa importante causa de morte evitável dos pacientes hospitalizados, sendo decorrente na maioria dos casos da trombose venosa profunda de membros inferiores (TVP). Com relação à trombose venosa profunda todas as alternativas estão corretas, **EXCETO**:

- 1) O ultrassom com Doppler é o método diagnóstico mais utilizado para confirmação dessa condição.
- 2) O tratamento inicial é a anticoagulação sistêmica com heparina não fracionada ou de baixo peso molecular.
- 3) Pacientes com alto risco para essa condição devem receber profilaxia para TVP através do uso de antiagregantes plaquetários.
- 4) A anticoagulação oral deve ser iniciada ainda na vigência da heparinização, sendo a heparina retirada quando INR (International Normalized Ratio) estiver entre 2 e 3 em duas aferições com intervalo de 24 horas.
- 5) Em casos selecionados, em pacientes com contra-indicação à anticoagulação, pode ser indicada a passagem de filtro de veia cava inferior.

24 - Paciente de 84 anos foi operada por colecistite aguda classe III na classificação de Tóquio. Evoluiu com fístula biliar de baixo débito sem repercussão abdominal. Encontrava-se afebril, hemodinamicamente normal e sem leucocitose. Foram colhidas culturas de controle sendo a hemocultura e o swab positivos para *Cândida*. Com relação ao caso todas estão corretas, **EXCETO**:

- 1) A hemocultura positiva para *Cândida* exige tratamento com antifúngico, mesmo estando a paciente sem manifestação clínica ou laboratorial de infecção.
- 2) Em caso de tratamento com antifúngico o tempo de tratamento é variável, mas deve ser mantido por pelo menos 14 dias após a negatificação da hemocultura.
- 3) A morbidade e a mortalidade da candidemia não tratada são muito altas.
- 4) Se a hemocultura fosse negativa, mesmo com Swab positivo para *Cândida* o tratamento antifúngico não estaria indicado.
- 5) Pela alta toxicidade do antifúngico, o tratamento da candidemia nesse caso, só estaria indicado no caso específico de *Cândida albicans* sendo as demais cepas consideradas não patogênicas.

25 - Mulher 38 anos vítima de atropelamento, chega ao Pronto Socorro com instabilidade hemodinâmica com PA: 80/40 mmHg e FC: 120 bpm. Ao exame apresenta MV abolido em hemitórax esquerdo, bacia normal à compressão manual. FAST sem líquido livre na cavidade abdominal. Em relação ao caso acima assinale a correta:

- 1) A instabilidade hemodinâmica não é devido à hemorragia
- 2) Deve-se procurar uma causa extra abdominal para o choque.
- 3) Está indicada vídeo-laparoscopia.
- 4) Está indicada lavagem peritoneal diagnóstica.
- 5) Está indicada laparotomia exploradora.

26 - Com relação ao trauma abdominal fechado é correto afirmar:

- 1) Diante do diagnóstico de lesão hepática deve ser iniciado o tratamento não operatório.
- 2) O achado de sinal de sangramento ativo (Blush) à TC de abdome, contra indica o tratamento não operatório da lesão hepática.
- 3) Caso a lesão hepática seja a causa da hemorragia com instabilidade hemodinâmica durante a laparotomia exploradora, deve ser feito o seu tratamento definitivo nesse momento, independente das condições clínicas do doente.
- 4) Quando se avalia a possibilidade de tratamento não operatório da lesão hepática é importante considerar a disponibilidade de arteriografia e embolização.
- 5) A presença de fraturas ortopédicas cirúrgicas de membros inferiores representa contra indicação absoluta para o tratamento não operatório da lesão hepática.

27 - Paciente de 23 anos vem ao consultório referindo diarreia aquosa há 5 dias associado a febre e dor abdominal em cólica. Refere em torno de 10 evacuações diárias sem restos alimentares, sangue ou muco. Foi ao PS por duas ocasiões onde recebeu sintomático e hidratação com melhora momentânea do quadro. Ao exame está com 39°C, Pulso=100 bpm, FR = 16 ipm, PA= 110/70 mmHg, com dor abdominal difusa e timpanismo na propedêutica abdominal. Mãe refere que a paciente fez uso por conta própria de amoxicilina por 5 dias há 2 semanas por quadro de dor de garganta. Sobre o caso, podemos afirmar que:

- 1) Representa uma importante causa de morbimortalidade entre idosos internados.
- 2) Paciente deve ser orientado a manter hidratação via oral e o uso de sintomáticos já que se trata de um quadro de provável etiologia viral.
- 3) A retossigmoidoscopia não tem utilidade diagnóstica.
- 4) É causado por uma bactéria aeróbio comensal do intestino.
- 5) Assim como na diarreia osmótica, ocorre presença de leucócitos nas fezes.

28 - Paciente de 79 anos, hipertensa há 20 anos, em uso de captopril 150mg/dia, hidroclorotiazida 25mg/dia e propranolol 160mg/dia. Faz revisões semestrais de rotina. Vem ao consultório médico negando qualquer queixa específica e trazendo exames solicitados na última consulta, incluindo o seguinte ECG:



Dentre as alternativas abaixo, qual a melhor conduta?

- 1) Observação clínica e repetição de exames em seis meses.
- 2) Internação para investigação de síndrome coronariana aguda.
- 3) Internação para implante de marcapasso definitivo.
- 4) Internação, suspensão do propranolol e investigação etiológica.
- 5) Internação e prescrição de amiodarona por via oral.

29 - Quais as principais etiologias desse distúrbio de condução da questão anterior, excluindo-se as causas exógenas?

- 1) Drogas e síndromes disautonômicas.
- 2) Isquemia e colagenose.
- 3) Senilidade e doença de Chagas.
- 4) Hipotireoidismo e apnéia obstrutiva do sono.
- 5) Complicações de cirurgia cardíaca.

30 - Paciente de 80 anos procura atendimento por quadro de síndrome consuptiva há seis meses associada a dor abdominal e alteração do hábito intestinal. Traz exame externo evidenciando múltiplas lesões hepáticas de provável etiologia metastática. É internado para realizar colonoscopia e tomografia de abdome com contraste para diagnóstico e estadiamento. Durante preparo colônico evolui com piora da função renal com a creatinina elevando-se de 1,2 mg/ dL para 1,9 mg/dL e a uréia de 48 mg/dL para 104 mg/dL. Sobre o caso **NÃO** podemos afirmar:

- 1) Espera-se na investigação da disfunção renal um sódio urinário abaixo de 20 meq/L e densidade urinária maior do que 1020.
- 2) O uso de contraste de baixa osmolaridade reduz a chance de nefropatia contraste induzida.
- 3) Os principais focos de disseminação metastática para o fígado são: intestino, pulmão e mama.
- 4) Neste momento a tomografia do paciente deve ser suspensa.
- 5) A profilaxia para nefropatia induzida por contraste deve ser realizada com hidratação, acetilcisteína e furosemida.

31 - Sobre a doença renal crônica (DRC) **NÃO** podemos afirmar:

- 1) As alterações no perfil lipídico começam já nas fases iniciais da DRC, especificamente quando a taxa de filtração glomerular está < 60 mL/min.
- 2) A neuropatia urêmica é muito prevalente em pacientes que iniciarão diálise e caracteriza-se por acometimento sensitivo-motor distal dos membros.
- 3) Disfunção sexual é muito comum e os sintomas podem se agravar com o uso de tiazídicos e bloqueadores dos canais de cálcio.
- 4) A principal causa de óbito nesses pacientes é decorrente de processos infecciosos associados a bacteremia do procedimento dialítico e do cateter de Shilley.
- 5) A ferropenia deve ser pesquisada antes da reposição de eritropoetina no tratamento da anemia.

32 - Homem, 70 anos, hipertenso desde os 40 anos evoluiu há 8 anos com dispnéia aos esforços, ortopnéia, dispnéia paroxística noturna e edema de membros inferiores. Iniciada terapia específica na ocasião com beta-bloqueadores, vasodilatadores e diuréticos com melhora dos sintomas. Com o passar dos anos, a doença progrediu e o paciente manifestava dispnéia em repouso apesar do tratamento clínico. Há 6 meses descobriu adenocarcinoma de cólon por quadro de hematoquezia. Hoje, foi levado ao hospital às pressas por quadro de edema agudo pulmonar e insuficiência respiratória seguida de óbito. Você, como médico da família, foi chamado para preencher a declaração de óbito. Qual dessas alternativas corresponderia a um preenchimento adequado da declaração de óbito.

- 1) Insuficiência respiratória - causa básica.
- 2) Insuficiência cardíaca - causa imediata.
- 3) Hipertensão arterial sistêmica - causa básica.
- 4) Adenocarcinoma de cólon - causa intermediária.
- 5) Edema agudo pulmonar - causa básica.

33 - A infusão de fluidos isotônicos e medicamentos pela via subcutânea tem sido cada vez mais empregada em pacientes submetidos a cuidados paliativos. Qual dessas medicações **NÃO** pode ser administrada por esta via?

- 1) Ceftriaxone.
- 2) Haloperidol.
- 3) Fenobarbital.
- 4) Diazepam.
- 5) Fentanil.

34 - Sobre o manejo perioperatório podemos afirmar:

- 1) Pacientes em pós-operatório de prótese do quadril podem receber tromboprofilaxia com aspirina de forma isolada.
- 2) Pacientes com hemoglobina glicosilada acima de 7,0% deverão ter a cirurgia eletiva adiada.
- 3) A cessação do tabagismo em período pré-operatório não reduz a incidência de complicações cirúrgicas.
- 4) Pacientes com hipotireoidismo subclínico deverão ter a cirurgia eletiva adiada pelo risco elevado de hipotermia, hipotensão e depressão miocárdica.
- 5) Cirurgia ortopédica, prostática, intraperitoneal e endarterectomia de carótidas apresentam risco cardiovascular intrínseco intermediário.



35 - Qual dessas classes de medicações, de forma isolada, é a mais indicada para se iniciar o tratamento de um paciente com surto psicótico?

- 1) Anti-histamínicos.
- 2) Benzodiazepínicos.
- 3) Neurolépticos.
- 4) Anti-depressivos.
- 5) Opióides.

36 - Sobre a proteína C reativa **NÃO** podemos afirmar:

- 1) É uma proteína produzida pelo fígado.
- 2) Os valores independem da idade, do sexo e da raça.
- 3) Níveis elevados estão associados a infecções bacterianas, mas podem elevar-se também em infecções virais.
- 4) Obesidade, tabagismo, diabetes, hipertensão arterial, uremia, distúrbios do sono e depressão podem elevar seus níveis.
- 5) Níveis elevados de procalcitonina têm maior sensibilidade no diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade de etiologia bacteriana do que níveis elevados de PCR.

37 - Com relação aos principais efeitos adversos dos anticonvulsivantes assinale a associação correta (anticonvulsivante/efeito adverso):

A. Fenitoína	I. Diplopia, visão turva, hiponatremia, neutropenia
B. Fenobarbital	II. Rash cutâneo, cefaléia, diplopia, astenia e ansiedade
C. Carbamazepina	III. Tontura, sedação, prejuízo cognitivo e da concentração
D. Ácido valpróico	IV. Insuficiência hepática, ganho de peso, alopecia
E. Lamotrigina	V. Ataxia, hiperplasia gengival, hirsutismo

- 1) A/V - B/III - C/I - D/IV - E/II.
- 2) A/II - B/IV - C/V - D/I - E/III.
- 3) A/I - B/II - C/IV - D/III - E/V.
- 4) A/III - B/I - C/V - D/II - E/IV.
- 5) A/IV - B/V - C/III - D/II - E/I.

38 - Dentre os fatores de risco abaixo citados, cite o que **NÃO** corresponde a fator para mau prognóstico funcional na síndrome de Guillain-Barré no adulto:

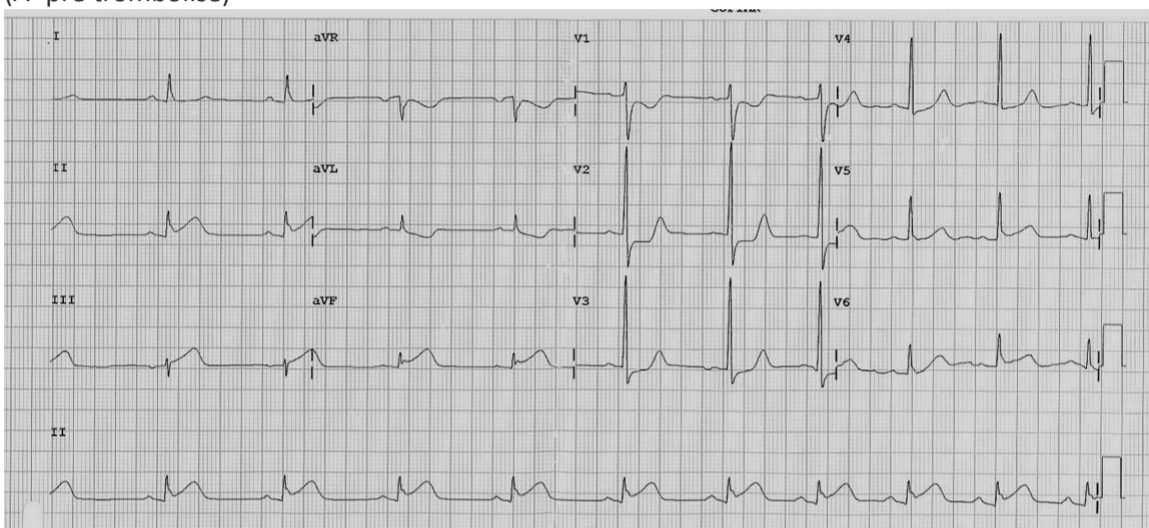
- 1) Idade acima dos 50 anos.
- 2) Diarréia precedente.
- 3) Início abrupto de fraqueza grave (menos de 7 dias).
- 4) Necessidade de ventilação mecânica.
- 5) Amplitude do potencial da neurocondução motora entre 30 e 50% do limite normal.

39 - Assinale a alternativa correta em relação às respostas compensatórias dos distúrbios ácido-básicos:

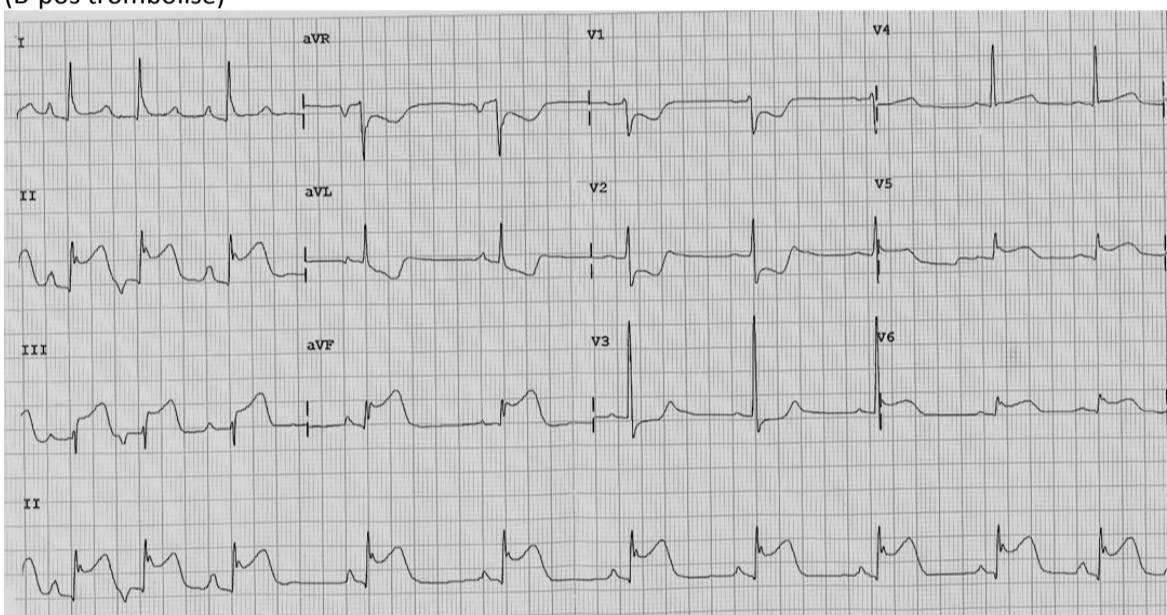
	Distúrbio	Compensação esperada
1	Acidose respiratória aguda	Para cada diminuição de 10 mmHg na pCO <sub>2</sub> , o HCO <sub>3</sub> deve diminuir 2 mEq/L
2	Alcalose respiratória aguda	Para cada aumento de 10 mmHg na pCO <sub>2</sub> , o HCO <sub>3</sub> deve aumentar 1 mEq/L
3	Acidose metabólica	Para cada aumento de 1 mEq/L no HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> , a pCO <sub>2</sub> deve subir 0,7 mmHg
4	Alcalose metabólica	pCO <sub>2</sub> esperada = [(1,5 x HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> ) + 8] ± 2
5	Acidose respiratória crônica	Para cada aumento de 10 mmHg na pCO <sub>2</sub> , o HCO <sub>3</sub> deve aumentar 3,5 mEq/L

40 - Paciente de 63 anos com dor anginosa e sudorese há 30 minutos chega ao pronto socorro com PA de 100/60 mmHg. Feito ECG na admissão, conforme abaixo (A). Foi iniciada trombólise com alteplase 100mg, pois estava na janela terapêutica e não havia contra-indicações. Também recebeu enoxaparina 1mg/kg e AAS 200mg. Após 1 hora da trombólise, a intensidade da dor diminuiu (escala numérica – de 9 para 5) e ECG pós-trombólise (B) mostrou traçado abaixo. Dentre as alternativas apresentadas, qual é considerada **INAPROPRIADA** para este caso?

(A- pré trombólise)



(B-pós trombólise)



- 1) Deve-se sempre realizar ECG adicional com derivações V3R, V4R e V7, V8.
- 2) Logo na chegada estava indicada a terapia de reperfusão, sendo a cinecoronariografia com possível angioplastia a primeira opção.
- 3) Está indicada a angioplastia de resgate.
- 4) Está indicada reposição volêmica com solução salina fisiológica.
- 5) Está indicada a intervenção coronariana percutânea (ICP) eletiva em 3-24 horas após trombólise.

41 - Homem de 36 anos é trazido pelo SAMU ao Pronto Socorro por obnubilação de consciência, confusão, alucinações visuais e tremores de extremidades. Segundo seus familiares, tem história crônica de abuso de álcool, porém diminuiu a ingestão há 48 horas, mas não parou de beber. Seus dados vitais PA: 180/110 mmHg, FC:110 bpm e T:37,8°C. Logo após a admissão apresentou crise convulsiva tônico-clônica generalizada. Em relação ao manejo deste paciente, é **INCORRETO** afirmar:

- 1) É necessário a hidantalização para evitar novas crises convulsivas, além de tiamina seguida de glicose 50%. Assim que possível, avaliação por tomografia computadorizada de crânio sem contraste.
- 2) Diante de picos febris acima de 38,5°C é necessário a investigação de processo infeccioso.
- 3) O tratamento deverá ser realizado com benzodiazepínicos de acordo com a gravidade dos sintomas apresentados.
- 4) Alterações hidroeletrólíticas e infecção são fatores de piora e manutenção do quadro clínico.
- 5) Os sintomas de aparecimento mais precoces são tremores, ansiedade, insônia, náuseas e inquietação

42 - Homem desconhecido, aparentando 30 anos, é trazido por policiais, tendo sido encontrado caído em via pública. Segundo relatos é morador de rua. Apresentava-se com suas vestes molhadas, com rebaixamento importante do nível de consciência. Seus dados vitais mostravam PA 80/40 mmHg, FC 36 bpm e temperatura axilar < 35°C e respira espontaneamente. Traçado do ECG mostrou bradicardia sinusal com onda de Osborn. Assinale a alternativa **INCORRETA** para este caso:

- 1) A temperatura central está menor que 32°C.
- 2) A retirada das vestes molhadas e administração de tiamina seguida de glicose hipertônica intravenosa periférica pode recuperar seu quadro clínico.
- 3) Outras alterações podem ser evidenciadas no ECG, como aumento do espaço PR, RR, QRS e QT.
- 4) Está indicada a hidratação com soro fisiológico ou ringer lactato aquecido através de acesso venoso central.
- 5) A hemodiálise a 41°C está indicada caso não responda às manobras de aquecimento ativo central.

43 - Paciente é levada ao pronto socorro por familiares, em coma por provável intoxicação por fenobarbital, pois foi encontrada uma caixa vazia da medicação. Há um mês havia sido internada por ideação suicida. Assinale a alternativa **INCORRETA** para o caso.

- 1) Métodos dialíticos podem ser utilizados em pacientes com insuficiência renal ou com intoxicação grave e risco de vida, principalmente a hemodiálise e a hemoperfusão.
- 2) Em associação com outros depressores do sistema nervoso central, e principalmente com álcool, a dose letal pode ser menor.
- 3) Na intoxicação grave pode ocorrer hipóxia e hipercapnia, hipotensão e choque e óbito.
- 4) A lavagem gástrica pode ser feita nas primeiras 24h após ingestão de fenobarbital.
- 5) O aumento da diurese com acidificação da urina deve ser estimulado, pois aumenta sobremaneira a excreção do fenobarbital.

44 - Todas as alternativas abaixo são complicações da rabdomiólise, com **EXCEÇÃO** de:

- 1) Hiperuricemia.
- 2) Arritmia cardíaca.
- 3) Hipercalcemia.
- 4) Hipercalemia.
- 5) Coagulação intravascular disseminada.

45 - Assinale a alternativa correta para a Síndrome da Imobilidade do idoso:

- 1) Considera-se imobilidade a restrição do idoso ao leito por mais de 30 dias.
- 2) A primeira modificação notada é comprometimento cutâneo e/ou úlcera de decúbito.
- 3) Em quatro semanas de restrição ao leito pode perder até 50% de seu nível inicial de força muscular.
- 4) O diagnóstico inicial é feito pela eletromiografia.
- 5) A principal causa de morte é a embolia pulmonar.

46 - Homem de 72 anos é levado por familiar ao pronto socorro por rigidez muscular importante e febre de 38,2° C há 3 dias. Associado ao quadro, notou-se alteração do estado mental, taquicardia e CPK de 14.200 U/mL. Faz uso de vários medicamentos, sendo que alguns foram introduzidos recentemente. Qual dos medicamentos abaixo **NÃO** constitui fator causal para este caso?

- 1) Lítio.
- 2) Carbamazepina.
- 3) Clorpromazina.
- 4) Haloperidol.
- 5) Bromocriptina.

47 - Paciente com doença neoplásica maligna em fase terminal expressa ao médico da emergência seu desejo de não querer se submeter a procedimentos de ventilação mecânica, tratamentos dolorosos ou extenuantes ou até mesmo a reanimação na ocorrência de parada cardiorrespiratória. De acordo com a aprovação da Resolução 1.995/2012 pelo Conselho Federal de Medicina, publicada no Diário Oficial da União no dia 31 de agosto de 2012, que estabelece critérios sobre diretiva antecipada de vontade, é correto afirmar:

- 1) Só terá amparo legal se houver documento registrado em cartório.
- 2) Uma vez estabelecida, esta diretiva não poderá ser modificada ou revogada.
- 3) As informações serão desconsideradas pelo médico caso não houver documento por escrito e representante legal para tal fim.
- 4) Independente da forma de registro formal – em cartório ou no prontuário – essa vontade não poderá ser contestada por familiares.
- 5) Na ausência de registro formal das diretivas antecipadas de vontade do paciente, o médico deverá utilizar de todos os recursos tecnológicos disponíveis.

48 - Seu principal mecanismo de ação é o prolongamento da abertura dos canais de cloro, dos receptores GABAA e consequente hiperpolarização da membrana pós-sináptica. Também pode bloquear os canais de sódio e potássio, reduzir o influxo de cálcio pré-sináptico e, provavelmente, reduzir as correntes mediadas pelo glutamato. Dentre os anti-convulsivantes abaixo citados, qual apresenta este tipo de mecanismo de ação farmacológica?

- 1) Fenitoína.
- 2) Fenobarbital.
- 3) Carbamazepina.
- 4) Etossuximida.
- 5) Gabapentina.

49 - Homem de 74 anos em tratamento de insuficiência cardíaca crônica por miocardiopatia chagásica, chega ao Pronto Socorro com tonturas, fraqueza, náuseas e muitas câimbras. Não sabe informar sobre medicações de uso regular. Há quatro dias passou a sentir muita cansaço e inchaço nas pernas, motivo pelo qual aumentou por conta própria as doses dos medicamentos. Há um dia seu intestino parou de funcionar e ficou com o abdome distendido. Tomou laxante, tendo diarreia, mas não melhorou a distensão abdominal. ECG mostra traçado abaixo. Foi detectado um importante distúrbio eletrolítico, cuja reposição foi iniciada imediatamente. Assinale a alternativa **FALSA** para este desequilíbrio eletrolítico encontrado neste caso.



- 1) Trata-se de complicação decorrente de automedicação.
- 2) As câimbras e íleo paralítico são complicações deste distúrbio eletrolítico.
- 3) Há necessidade também da reposição de gluconato de cálcio.
- 4) Pode contribuir para arritmias cardíacas por intoxicação digitálica.
- 5) A hiperglicemia pode ocorrer por inibição da secreção de insulina.

50 - Paciente de 28 anos, previamente saudável, é levado por familiares ao pronto socorro por apresentar há 5 dias períodos de confusão mental, *flapping*, lentificação do raciocínio, irritabilidade, diminuição da atenção, inversão do padrão sono-vigília. Exames mostraram INR 3,5. Dentre as alternativas abaixo, qual a causa mais comum para esse caso?

- 1) Criptogênica.
- 2) Vírus da hepatite A.
- 3) Vírus da hepatite B.
- 4) Medicamentosa.
- 5) Deficiência de alfa-1-antitripsina.

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