



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE GUINLE



Residência Médica

2012

PROGRAMAS

Medicina Intensiva

Endoscopia

Atenção: Marque na sua Folha de Resposta o número de questões apresentadas, sequencialmente, neste Caderno de Perguntas.

1) Paciente de 67 anos, operado há 02 anos por tumor renal de células claras, sendo realizada Nefrectomia total direita. Na investigação periódica, seu Oncologista solicitou TC de abdômen, sendo encontrado em nível do colo pancreático, nódulo suspeito de metástase de 02 cm. O paciente foi encaminhado para tratamento cirúrgico.

A melhor conduta operatória é

- a) Excisão local (nodulectomia).
- b) Ressecção segmentar do colo pancreático com pancreatojejunostomia distal.
- c) Pancreatectomia colocolporocaudal.
- d) Duodenopancreatectomia.
- e) Cirurgia de BERGER.

2) A Síndrome de Mirizzi (1948) é patologia pouco frequente nos dias de hoje em razão da precocidade na indicação cirúrgica para paciente portadores de Colelitíase. Porém, poderemos nos deparar com esta eventualidade. Em um achado de Mirizzi tipo IV, o melhor tratamento cirúrgico será

- a) Colectistectomia e coledocoduodenostomia.
- b) Colectistectomia e ressecção da parte comprometida da via biliar principal e anastomose T-T.
- c) Colectistectomia e hepaticojejunostomia em Y de ROUX.
- d) Colectistectomia deixando intacta a fistula para procedimento definitivo numa 2ª cirurgia.
- e) Coledocoplastia.

3) Evitar a lesão da via biliar principal (VBP) é primordial durante a Colectistectomia. Aproximadamente 2000 pessoas/ano sofrem algum tipo de lesão da VBP nos EUA. Em 1997, HUGH publica trabalho identificando acidente ou sulco anatômico entre os segmentos V e VIII do fígado, por onde passam os pedículos dos segmentos VI e VII, cujo plano traçado através deste sulco localiza o provável trajeto da via biliar principal (VBP). Dissecções, secções ou clipagem não devem ser realizadas abaixo deste plano, sob pena de lesão da VBP.

Este acidente ou sulco que é identificado em quase 80% dos pacientes é denominado de

- a) Suco de LOTART JACOB.
- b) Sulco de COUINAUD.
- c) Sulco de BISMUTH.
- d) Sulco de LONGMIRE.
- e) Sulco de ROUVIERE.

4) Os hemangiomas são os tumores benignos mais frequentes do fígado. São, geralmente, pequenos e assintomáticos.

Em relação a estes tumores podemos afirmar que

- I) pelo risco de sangramento, são sempre de indicação cirúrgica.
- II) apesar da origem vascular, a possibilidade de sangramento é pequena, sendo indicado o tratamento cirúrgico em casos selecionados.
- III) tumores maiores que 10cm com necrose central e aqueles de crescimento rápido têm indicação para o tratamento cirúrgico.
- IV) em caso de dúvida diagnóstica, a punção biópsia com agulha fina é a regra para diferenciação histopatológica.

Estão corretas

- a) somente I, II e III.
- b) somente II e III.
- c) somente I e IV.
- d) somente II e IV.
- e) somente I e III.

5) O colangiocarcinoma é um tumor infrequente, nascendo do epitélio biliar. Sua incidência é de aproximadamente 3% de todas as malignidades do TGI. Seu crescimento é indolente e, quando diagnosticado, são, em geral, avançados com baixa ressecabilidade.

Com relação a esta patologia, pode-se afirmar que

- I) são fatores de risco: cistos biliares, colangite esclerosante, infecção parasitárias das vias biliares, calculose intra-hepática.
- II) a maioria dos colangiocarcinomas são adenocarcinomas, sendo o carcinoma de células escamosas o segundo mais frequente.
- III) o colangiocarcinoma mais frequente é o proximal com ressecabilidade em torno de 20 a 40% dos casos. Também são os que possuem maior dificuldade no tratamento endoscópico.
- IV) o tumor distal é o que apresenta melhor taxa de ressecabilidade, sendo o tratamento indicado a duodenopancreatectomia cefálica.

Estão corretas as afirmativas

- a) Somente I, II e III.
- b) Somente I e II.
- c) Somente II, III e IV.
- d) I, II, III e IV.
- e) Somente III e IV.

6) As causas do abscesso hepático piogênico são múltiplas. Geralmente são polimicrobianos com grande frequência para a cultura positiva para a E. Coli. Com relação a esta doença, pode-se afirmar que

- I) o tratamento é baseado em antibióticos venosos e em algum método de drenagem.
- II) as causas podem ser obstrução e infecção biliar, doenças de base com câncer, doenças inflamatórias do cólon e apêndice, diabéticos.
- III) quadro clínico é insidioso, dor ou desconforto abdominal, febre intermitente e, muitas vezes, com calafrios.
- IV) a drenagem cirúrgica ainda é o melhor método de drenagem, devendo ser indicada na grande maioria dos casos.
- V) mesmo em casos como abscessos múltiplos e pequenos o tratamento, obrigatoriamente, passa pela cirurgia.

Estão corretas as afirmativas

- a) somente I, II e IV.
- b) somente I, II e III.
- c) I, II, III e IV.
- d) somente II, III e IV.
- e) somente I, II e V.

7) Paciente submetido à Cirurgia de Nissen para tratamento do RGE sintomático apresentou no PO imediato vômitos frequentes e, após forte dor torácica, dificuldade de deglutição. Foi solicitado RX simples de tórax que mostrou aumento mediastinal. A causa provável e o procedimento adequado são, respectivamente, os seguintes:

- a) A dor deve-se provavelmente aos vômitos pós-operatórios freqüentes, anti-eméticos regulares.
- b) Migração da válvula para o tórax. Re-operação, redução do conteúdo para cavidade abdominal e fixação da parede anterior do estômago na parede abdominal.
- c) Migração da válvula para o tórax. Correção por toracotomia para realização de cirurgia de BELSEY.
- d) Provável migração aguda da válvula para dentro do tórax. Re-operação, redução da válvula para a cavidade abdominal e nova hiatoplastia e fixação gástrica.
- e) Analgesia IV e observação da evolução do caso.

8) Em relação à COLITE ISQUÊMICA, é INCORRETO afirmar que

- a) pode ocorrer por doença vascular obstrutiva ou não.
- b) é classificada em doença leve e grave.
- c) é sempre de tratamento cirúrgico.
- d) só há indicação para o tratamento operatório quando existe complicação da colite isquêmica.
- e) é sempre clínica a terapia para a doença considerada leve.

9) Em relação à OBESIDADE MORBIDA é INCORRETA a seguinte afirmação:

- a) Quando excluímos ou ressecamos o fundo gástrico, o hormônio GRELINA é afetado, diminuindo o estímulo da fome.
- b) PYY e GLP1 são hormônios incretínicos.
- c) Obesidade grau II, independentemente da presença de comorbidades, tem indicação para o tratamento cirúrgico.
- d) As cirurgias disabsortivas podem levar a alterações nutricionais importantes que podem alterar a qualidade de vida do paciente.
- e) O paciente superobeso é aquele que tem IMC > 50.

10) A sintomatologia da isquemia mesentérica aguda correlaciona-se, principalmente,

- a) à dor desproporcional em relação à clínica.
- b) ao período pós- prandial.
- c) ao emagrecimento.
- d) à constipação.
- e) à diarreia.

11) Fazem parte da classificação de Child para estratificação de insuficiência hepática

- a) proteínas totais e frações.
- b) glicemia.
- c) TGO.
- d) TAP.
- e) Amilase.

12) O tratamento para pacientes com quadro moderado de colite por *Clostridium Difficile* é

- a) Cefalosporina venosa.
- b) Aminoglicosídeo venoso.
- c) Vancomicina exclusivamente venosa.
- d) Cefalosporina oral.
- e) Metronidazol oral.

13) Sobre a troca de acessos venosos profundos dentro do ambiente da terapia intensiva, pode-se afirmar que

- a) a troca regular está indicada a cada 7 dias.
- b) a troca deve ser sempre com o uso de guia.
- c) a troca regular está indicada a cada 14 dias.
- d) não há indicação de troca rotineira de cateteres intravenosos profundos.
- e) a troca regular só está indicada em pacientes imunossuprimidos.

14) Um homem de 58 anos foi submetido à laparotomia de emergência por colectomia do sigmoide e colostomia para diverticulite perforada há 7 dias. Desde a cirurgia, o paciente apresenta hipertermias intermitentes de até 39°C com distensão abdominal persistente. Não há sintomas urinários independentemente do uso de sonda vesical por 4 dias.

Exame físico:

Tax 38,8°C, PR 102 bpm, PA 130/80 mmHg.
Ausculta pulmonar normal sem arritmias cardíacas
Abdome distendido e sensível, sem sinais de infecção na ferida.
Mantido com cefoxitina e metronidazol e hidratação venosa além de analgesia venosa.
Hemograma com leucocitose de 20.500/mm³

O diagnóstico provável é

- a) Infecção de ferida.
- b) Infecção pelo cateter venoso.
- c) Infecção intra-abdominal.
- d) Infecção urinária.
- e) Pneumonia.

15) A profilaxia de lesão renal induzida por contraste envolve

- a) teofilina.
- b) n-acetilcisteína.
- c) hidratação com salina isotônica.
- d) hidratação com salina hipertônica e N-acetilcisteína.
- e) uso de contrastes iodados.

16) A fórmula de reposição hídrica em queimados prevê 2 a 4 ml de Ringer /Kg/%área queimada. Esta reposição deve ser feita da seguinte maneira:

- a) Metade nas primeiras 12hs e outra metade nas 12hs seguintes.
- b) Metade nas primeiras 8hs independente do momento da queimadura e outra metade nas 16hs seguintes.
- c) Direto em 24hs.
- d) Direto em 24hs, contadas a partir do momento da queimadura.
- e) Metade nas primeiras 8hs contadas a partir do momento da queimadura e a outra metade nas 16hs restantes.

17) Temos como causa de falência respiratória aguda, alteração localizada em nervo periférico com disfunção autonômica associada, na seguinte doença:

- a) Síndrome de Guillain-Barré.
- b) Miastenia Gravis.
- c) Polimiosite.
- d) Botulismo.
- e) Poliomielite.

18) Edema pulmonar pode ser a principal complicação de uma intoxicação por

- a) Digitálicos.
- b) Salicilatos.
- c) Diazepínicos.
- d) Anestésicos.
- e) Xilocaina.

19) A equação de Fick envolve

- a) Pré carga, hemoglobina e hematócrito.
- b) Pós carga, VO₂ e resistência periférica.
- c) Conteúdo arterial de O₂, hematócrito e hemoglobina.
- d) VO₂, débito cardíaco e diferença arterio-venosa de oxigênio.
- e) Saturação venosa central e resistência periférica.

20) No estudo de distúrbios ácidos- base, podemos definir o cálculo do *anion gap* como a diferença entre:

- a) $(Na^+ + K^+) - (Cl^- + Mg^{++})$.
- b) $(Cl^- + Mg^{++}) - (Na^+ + K^+)$.
- c) $(Ca^{++} + Mg^{++}) - (Cl^- + HCO_3^-)$.
- d) $(Na^+ + K^+) - \text{albumina sérica}$.
- e) $(Na^+ + K^+) - (Cl^- + HCO_3^-)$.

21) Paciente em P.O. imediato de tireoidectomia subtotal devido a um grande bócio. Encaminhada à UTI para controle da pressão arterial. Uma hora depois o plantonista encontra a paciente com P.A. de 210 x 120 mmHg, curativo compressivo sujo de sangue e em franca insuficiência respiratória. A conduta a ser adotada é a seguinte:

- a) Abrir a incisão cirúrgica, avisar ao cirurgião e observar o comportamento da P.A.
- b) Proceder à intubação orotraqueal.
- c) Aguardar a equipe cirúrgica que está em outro procedimento e iniciar anti-hipertensivo venoso.
- d) Oxigênio sob máscara e anti hipertensivo sublingual.
- e) Iniciar nitroprussiato e comprimir o curativo.

22) Apoptose é um mecanismo fisiológico que induz a

- a) Divisão celular.
- b) Reprodução celular.
- c) Crescimento celular.
- d) Morte celular.
- e) Não é fisiológico.

23) Analise a seguinte situação: Durante uma anestesia geral, a perda do tônus diafragmático permite a transmissão da pressão intra-abdominal à cavidade torácica com consequente compressão pulmonar e atelectasias.

É **correto** afirmar que

- a) a premissa é falsa e a conclusão é verdadeira.
- b) a conclusão é falsa e a premissa é verdadeira.
- c) a premissa e a conclusão são verdadeiras e apresentam relação de causa-efeito.
- d) ambas são verdadeiras, mas a conclusão não tem relação de causa-efeito com a premissa.
- e) a premissa e a conclusão são falsas.

24) Qual o limite inferior da contagem de plaquetas séricas abaixo do qual há contraindicação absoluta ao uso de Proteína C recombinante ativada?

- a) 50.000
- b) 45.000
- c) 40.000
- d) 35.000
- e) 30.000

25) O score SOFA mede a disfunção dos sistemas orgânicos. Considerando três deles, respiratório, cardiovascular e da coagulação, que parâmetros são usados, respectivamente, para mensurar a falência desses sistemas?

- a) PAO_2/FiO_2 , contagem sérica de plaquetas, hipotensão.
- b) PAO_2/FiO_2 , PTTA, presença de aminas.
- c) FiO_2 , TAP e hipotensão arterial.
- d) PEEP, contagem sérica de plaquetas, PVC.
- e) PAO_2/FiO_2 , contagem sérica de plaquetas, pressão de artéria pulmonar.

26) Analise a seguinte situação. Por equilibrar os PEEPs intrínseco e extrínseco e por aumentar o volume corrente com ventilações com pressão positiva intermitente, a ventilação não invasiva reduz o trabalho respiratório.

É **correto** afirmar que

- a) a afirmativa é falsa porque não há PEEP intrínseco.
- b) a afirmativa é verdadeira.
- c) reduz o trabalho, mas não pela razão apresentada.
- d) apesar de aumentar o volume corrente, não reduz o trabalho respiratório.
- e) não há evidências sobre VNI.

27) A definição de Síndrome de Compartimento Intra-abdominal inclui

- a) Pressão intra-abdominal maior que 12 mmHg, associada à nova falência orgânica.
- b) Pressão intra-abdominal maior que 12 mmHg, independente da presença de falência orgânica.
- c) Pressão intra-abdominal maior que 20 mmHg, associada à nova falência orgânica.
- d) Pressão intra-abdominal acima de 20 mmHg, independente da presença de falência orgânica.
- e) Pressão intra-abdominal acima de 15 mmHg.

28) Um homem de 65 anos, com doença pulmonar obstrutiva crônica e insuficiência cardíaca congestiva chega à emergência com sibilos e respiração curta progressivos, iniciados há, aproximadamente, quatro horas. Faz uso regular de digoxina, furosemda e ipratrópio. Seus exames mostram

Gasometria arterial	Bioquímica sérica	Testes urinários
pH = 7,40	[Na ⁺] = 140 mEq/L	pH = 5,0
pCO ₂ = 60 mmHg	[Cl ⁻] = 90 mEq/L	
[HCO ₃] = 37 mEq/L		

Quanto ao equilíbrio acidobásico, deve-se afirmar que

- a) há insuficiência respiratória aguda.
- b) há acidose respiratória e alcalose metabólica; "ânion gap" normal.
- c) há acidose respiratória com "ânion gap" aumentado.
- d) o uso do diurético causou a acidose metabólica existente.
- e) há acidose metabólica compensada; "ânion gap" aumentado.

29) São causas de hiponatremia hiposmolar, **EXCETO**:

- a) Queimadura extensa.
- b) Pós-ressecção transuretral de tumor prostático-vesical.
- c) Fístula êntero-cutânea.
- d) Hipoaldosteronismo.
- e) Insuficiência renal crônica.

30) O cirurgião encaminha um jovem de 22 anos com hérnia, devido a algumas anormalidades nos exames pré-operatórios. O paciente tem história prévia de litíase urinária.

Gasometria arterial	Bioquímica sérica	Testes urinários
pH = 7,29	[Na ⁺] = 138 mEq/L	pH = 6,0
pCO ₂ = 32 mmHg	[K ⁺] = 3,0 mEq/L	[Na ⁺] = 35 mEq/L
[HCO ₃ ⁻] = 15 mEq/L	[Cl ⁻] = 90 mEq/L	[K ⁺] = 45 mEq/L
		[Cl ⁻] = 75 mEq/L

Quanto ao equilíbrio acidobásico, deve-se afirmar que há

- insuficiência renal aguda com acidose metabólica.
- acidose metabólica com "ânion gap" aumentado.
- acidose metabólica com "ânion gap" normal.
- acidose respiratória e alcalose metabólica; "ânion gap" normal.
- alcalose respiratória e acidose metabólica, com "ânion gap" aumentado.

31) É contraindicação **relativa** à trombolise no infarto agudo do miocárdio:

- Hipertensão arterial durante a apresentação aguda (PA sistólica > 180 e/ou PA diastólica > 110 mmHg).
- Hemorragia cerebrovascular há 10 anos.
- Biópsia cerebral há 08 meses.
- Hemorragia interna ativa.
- Gravidez.

32) Um paciente diabético e hipertenso é atendido em Posto Médico de atenção primária devido à dor torácica iniciada há, aproximadamente, 24 horas. O eletrocardiograma de 12 derivações revela pequena onda Q e supradesnível de 02 mm do segmento ST na região infero-posterior. Os sinais vitais estão estáveis, sendo prontamente encaminhado para o hospital de emergência de referência. Chega sudoreico, taquicárdico e hipotenso. Novo ECG de 12 derivações é semelhante ao encaminhado. Diante da possibilidade de infarto do ventrículo direito associado, qual a medida imediata mais apropriada dentre as listadas abaixo?

- Instalação de balão de contrapulsção intra-aórtico.
- Infusão imediata de estreptoquinase.
- Infusão imediata de RTPA.
- Expansão volêmica.
- Desfibrilação elétrica.

33) Assinale a alternativa **correta** na diferenciação entre tamponamento cardíaco e pericardite constritiva.

	Característica	Tamponamento	Pericardite constritiva
a)	Sinal de Kussmaul	Ausente	Presente
b)	Terceira bulha	Presente	Ausente
c)	Colapso de câmaras direitas	Ausente	Presente
d)	Espessamento pericárdico	Ausente	Ausente
e)	Alternância elétrica	Presente	Presente

34) Qual a manobra **isolada** mais eficaz na ressuscitação cardio-pulmonar-cerebral?

- Compressão torácica e abdominal, simultaneamente.
- Ciclos de 30 compressões torácicas e 02 ventilações.
- Abertura eficaz das vias aéreas.
- Desfibrilação elétrica.
- Infusão de adrenalina em veia profunda.

35) Homem de 65 anos, admitido na UTI devido à pancreatite aguda grave, vem evoluindo com episódios de hipoxemia, broncoespasmo e sinais de hipertensão arterial pulmonar grave ao ecocardiograma (pressão sistólica da artéria pulmonar estimada entre 65 e 70 mmHg). A cintilografia pulmonar revelou áreas de hipoperfusão difusas, tipo “queijo suíço” e a tomografia helicoidal do tórax não evidenciou a presença de imagens sugestivas de trombos nos seguimentos arteriais proximais. A profilaxia da trombose venosa profunda era adequada. Com base nestes dados, é **correto** afirmar que

- a) a heparinização sistêmica deve ser iniciada imediatamente e mantida, enquanto se aguarda a realização da arteriografia pulmonar para confirmação diagnóstica.
- b) a cintilografia pulmonar não é típica para o diagnóstico de tromboembolismo pulmonar. As múltiplas áreas de hipoperfusão tipo “queijo suíço” sugerem ação de mediadores vasoconstrictores locais, agravando a hipoxemia e a hipertensão pulmonar. Além disso, um segundo exame também não confirmou tal hipótese.
- c) devido a riscos de sangramento associados à heparinização sistêmica, está indicada a colocação de filtro na veia cava inferior e de meias elásticas de compressão graduadas.
- d) o diagnóstico de tromboembolismo pulmonar não pode ser descartado, pois os tromboembolos podem ser periféricos e múltiplos, estando indicada terapia trombolítica, devido à gravidade do caso.
- e) os achados da cintilografia pulmonar permitem o diagnóstico de tromboembolismo pulmonar e autorizam a terapia trombolítica.

36) Os efeitos abaixo citados ocorrem com o uso da PEEP (pressão positiva ao final da expiração), **EXCETO**:

- a) hiperinsuflação dos alvéolos.
- b) aumento da capacidade residual funcional.
- c) aumento da resistência vascular sistêmica.
- d) aumento da resistência vascular pulmonar.
- e) aumento do espaço morto em doentes hipovolêmicos.

37) Com relação ao cálculo da oferta tecidual de oxigênio (DO_2), qual dos parâmetros abaixo **NÃO** é levado em conta ou tem reduzida importância?

- a) Débito cardíaco.
- b) Saturação arterial de O_2 .
- c) Quantidade de O_2 transportado pela hemoglobina.
- d) Pressão parcial de O_2 no sangue arterial.
- e) Concentração de hemoglobina.

38) Com relação à fisiopatologia do choque séptico, pode-se afirmar que

- a) o fator de necrose tumoral alfa desencadeia as alterações inflamatórias sistêmicas observadas no início da sepse.
- b) a vasodilatação e a consequente queda da resistência vascular sistêmica decorrem da ação direta das toxinas bacterianas sobre o endotélio vascular.
- c) a vasoconstrição induzida pelo óxido nítrico é benéfica na fase quente.
- d) a fração de ejeção do ventrículo esquerdo aumenta proporcionalmente ao incremento do débito cardíaco.
- e) o aumento do débito cardíaco é acompanhado de queda da saturação de oxigênio do sangue venoso misto.

39) Admitindo-se que o paciente descrito na questão anterior não tenha desenvolvido balanço positivo de sódio significativo no pós-operatório imediato, qual o déficit aproximado de água livre a ser repostado para a correção da hiperosmolaridade encontrada?

- a) Menos de 1000ml.
- b) De 1000ml a 2000ml.
- c) De 2000ml a 3000ml.
- d) Mais de 5000 ml.
- e) De 3000ml a 5000ml.

40) Homem de 54 anos, tabagista, dislipidêmico, diabético, hipertenso, com 85 kg, é recebido na UTI, no pós-operatório imediato de hipofisectomia transesfenoidal eletiva, para abordagem de adenoma de hipófise. Durante as primeiras horas, desenvolve poliúria importante, com débito urinário de 4,0 a 5,0ml/min., e tende a hipovolemia e hipotensão. Após cerca de 24 horas de evolução, os exames laboratoriais mostram Na = 162 mEq/L, K = 3,2 mEq/L, Uréia = 100 mg %, Creatinina = 1,6 mg %, HCO₃ = 16,0 mEq/L, Glicemia = 220 mg % e urina com pH = 5,0, densidade = 1002, glicocetonúria negativa, sem leucocitúria, hematúria ou outras anormalidades. Qual das hipóteses abaixo explicaria melhor esta evolução?

- a) Insuficiência de supra-renal pelo trauma cirúrgico.
- b) Poliúria relacionada à diurese osmótica pela hiperglicemia.
- c) Diabetes Insípido Central, relacionado à manipulação cirúrgica da neuro-hipófise.
- d) Estado hiperosmolar não cetótico, causado por descompensação diabética.
- e) Síndrome de Secreção Inapropriada de Hormônio Anti-Diurético (SIADH), relacionada à manipulação cirúrgica da neuro-hipófise.

41) Quanto aos regimes ventilatórios assistidos, é **correto** afirmar que

- a) O modo ventilação com pressão de suporte possibilita um complemento ao esforço inspiratório do paciente, sem nenhuma participação do ventilador em variáveis, como tempo inspiratório ou expiratório.
- b) No regime SIMV (ventilação intermitente mandatória sincronizada), o paciente pode ventilar entre os ciclos mandatórios, com um suporte pressórico ajustável.
- c) O regime assistido/controlado deveria ser sempre utilizado no paciente estável, com condições de afastamento do ventilador, já que os ciclos assistidos são liberados pelo ventilador independentemente dos ajustes feitos para os ciclos controlados, o que possibilita treinamento muscular para extubação.
- d) O regime de ventilação com pressão de suporte tem no tempo inspiratório o determinante para o término e reinício de um novo ciclo ventilatório.
- e) O regime de ventilação com pressão de suporte é o mais indicado em paciente com traumatismo cranioencefálico grave.

42) Paciente de 60 anos, portador de DPOC agudizada por infecção respiratória está intubado e ventilado mecanicamente há 20 dias. No momento está sendo ventilado com pressão de suporte = 15 cmH₂O, obtendo volume corrente em torno de 350 ml, FR=25 por minuto e gasometria arterial: pH=7,35, PaCO₂ = 50 mmHg, PaO₂ = 60 mmHg, Bicarbonato = 28, com FiO₂ = 40%. Quando se tenta diminuir a pressão de suporte para 8 cmH₂O e se mantém a PEEP em 5 cmH₂O a FR aumenta para 32 e o volume corrente diminui para 200 ml, ficando o paciente extremamente desconfortável. O diagnóstico MAIS PROVÁVEL para este paciente é de

- a) Tromboembolismo Pulmonar.
- b) Insuficiência Cardíaca esquerda.
- c) Colapso de vias aéreas.
- d) Broncoespasmo.
- e) Fadiga muscular.

43) Indivíduo de 37 anos é encontrado inconsciente por familiares. Apresentava glicemia de 800 mg/dl, uréia de 35 mg/dl. A gasometria mostrava pH de 7.12, com PaO₂ de 98 mmHg e PaCO₂ de 30 mmHg. Após infusão de 3000 ml de solução salina associada a insulino-terapia e reposição de potássio adequadas, o paciente permanecia hipotenso, com PA de 85 x 40 e perfusão de extremidades diminuída. Qual A MELHOR conduta frente a essa situação?

- a) Devemos instituir drogas vasoativas visando à melhora da perfusão periférica.
- b) Devemos continuar a infusão de fluidos.
- c) Cateterização com catéter de Swan-Ganz para aferir as pressões de enchimento (PAD, PAP e PCP), definindo a necessidade da infusão de líquido.
- d) Nessa situação, o uso de coloides na expansão volêmica se faz necessário.
- e) Deve-se preferir o uso de vasopressina à dopamina ou noradrenalina para a correção do choque.

44) Na tentativa de reversão química de fibrilação atrial de instalação recente, em paciente estável hemodinamicamente, a medicação **MENOS** indicada seria

- a) Sotalol.
- b) Propafenona.
- c) Amiodarona.
- d) Quinidina.
- e) Adenosina.

45) Um paciente etilista, portador de cirrose hepática, com ascite e trombocitopenia, que será submetido a uma paracentese diagnóstica, deverá receber transfusão de plaquetas, se tiver plaquetometria menor que

- a) 50.000.
- b) 150.000.
- c) 100.000.
- d) 20.000.
- e) 10.000.

46) Paciente de 80 anos, diabético e hipertenso, com 60 kg, foi admitido no hospital com pneumonia. Seus exames laboratoriais revelam: Ht = 51%; Glicose = 630 mg/dl; Uréia = 108 mg/dl; Creatinina = 2,5 mg/dl; Sódio = 155 mEq/l; Potássio = 6,0 mEq/l; Cálcio = 8,5 mg/dl. Qual a sua osmolaridade sérica?

- a) 345 mOsm/l.
- b) 785 mOsm/l.
- c) 353,5 mOsm/l.
- d) 375 mOsm/l.
- e) 363 mOsm/l.

47) Homem de 58 anos, com grave disfunção hepática devido à hepatite B, foi levado ao hospital em coma, icterico (4+/4+), dispneico, com ascite volumosa e tensa; múltiplas equimoses pelo tegumento. Hemodinamicamente estável. Os exames laboratoriais revelaram Ht = 29%; leucocitose com desvio para a esquerda; TAP = 12% e INR = 3,8; albumina sérica = 1,5 g/dl; bilirrubina total = 20 mg/dl e bilirrubina direta = 18 mg/dl; gasometria arterial com alcalose respiratória. Em relação a este caso é **correto** afirmar que

- a) Trata-se de acidente vascular encefálico hemorrágico.
- b) A leucocitose indica infecção, provavelmente, peritonite espontânea.
- c) A anemia deve-se à hemorragia digestiva.
- d) Necessita de escleroterapia de varizes esofageanas.
- e) Apresenta-se na classe C, da classificação de Child-Pugh.

48) Em relação ao choque no paciente vítima de trauma, pode-se dizer que

- a) resulta do trauma cranioencefálico isolado.
- b) é sempre causado por hemorragia.
- c) pode resultar da perda do tônus simpático medular.
- d) não são válidos os parâmetros clínicos para a constatação do estado hemodinâmico.
- e) sempre está relacionado a tamponamento cardíaco.

49) Em relação à rabdomiólise, é correto afirmar que

- a) Em pacientes com níveis séricos de CK > 15.000, há grande risco de insuficiência hepática aguda.
- b) Em pacientes com níveis séricos de CK < 3.000, há grande risco de insuficiência renal aguda.
- c) Nos casos intensos, deve-se prover a acidificação da urina para reduzir a formação de cilindros.
- d) A hipocalcemia assintomática deve ser pesquisada e tratada agressivamente.
- e) No paciente grave, inicialmente, deve-se prover infusão de fluidos isotônicos para obter diurese horária > 200 ml.

50) “Quando a reposição volêmica não é suficiente para normalizar a pressão arterial e a perfusão no paciente séptico, deve sempre ser iniciada a terapêutica com agentes vasopressores.” Com relação a esta afirmativa, pode-se dizer que

- a) Está errada, pois o uso precoce de agentes vasopressores aumenta a mortalidade dos pacientes sépticos e está contraindicado.
- b) Está errada, pois não há lugar para a terapêutica com agentes vasopressores nos dias atuais.
- c) Está correta, pois os agentes vasopressores potenciais que podem ser selecionados são a Dopamina, a Norepinefrina, a Epinefrina.
- d) Está correta, pois dentre os vasopressores, a Dopamina deve ser sempre a primeira escolha em pacientes sépticos.
- e) Está correta, pois a Dopamina em doses altas se mostrou superior à Dobutamina naqueles pacientes com insuficiência renal.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE GUINLE
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO- PROGRAD
COORDENAÇÃO DE SELEÇÃO E ACESSO – COSEA**

Residência Médica 2012