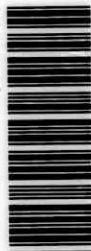


FOLHETO
COLETÂNEA
6811

FOLHETO COLETÂNEA 6811

CONCURSO PÚBLICO 2002

Venha fazer parte da UFSM



BC
E08979

100021770

U F S M
Biblioteca Central

Biblioteca Central
Coletânea UFSM

CARGO

MÉDICO/ CLÍNICA MÉDICA

E08979

PRÓ-REITORIA DE RECURSOS HUMANOS
PROGRAD **COPERVES**
UFSM

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

Médico/ Clínica Médica

01. Um homem de 35 anos chega ao pronto-socorro, vítima de acidente automobilístico. Seu automóvel colidiu com um poste de concreto. Seu Glasgow é de 5; P.A. 120/ 70 mm Hg, pulso 120 bpm. Está em ventilação espontânea, respirando superficialmente, em máscara de Venturi, com O_2 a 12 L/min, saturando 91%; suas pupilas estão anisocóricas. Em relação ao tratamento inicial do paciente, assinale a melhor alternativa.

- a) Permeabilizar a via aérea com cânula de Guedel, ventilar com ambu, introduzir sonda nasogástrica, sonda vesical; reposição volêmica em acesso venoso central; iniciar antibioticoterapia e avisar neurocirurgião.
- b) Providenciar acesso venoso central, reposição rápida de volume com soro fisiológico ou ringer lactato, fazer Raios X de crânio, coluna cervical, tórax e bacia; fazer tomografia de crânio, iniciar manitol.
- c) Manter O_2 em máscara de Venturi, introduzir sondas vesical e nasogástrica, acesso venoso periférico, coletar amostra de sangue para exames e prova cruzada, instalar solução EV aquecida, monitorizar e fazer Raios X de crânio.
- d) Intubar com tubo orotraqueal, ventilar com O_2 , proteger a coluna cervical, providenciar acesso venoso periférico com cateter calibroso, coletar amostra de sangue para exames de laboratório e provas cruzadas, reposição de volume com solução cristalóide aquecida (2x 1000 mL); introduzir SNG e sonda vesical; providenciar Raios X de coluna cervical, tórax e bacia; tomografia de crânio.
- e) Intubar o paciente, ventilar com O_2 , providenciar acesso venoso central, reposição volêmica com líquido aquecido, monitorização cardíaca, PVC, iniciar manitol e avisar neurocirurgião.

02. O trauma é considerado, nos dias atuais, um grave problema de saúde pública. É a principal causa de morte entre os jovens. Em relação às estratégias de prevenção do trauma, pode-se afirmar:

- a) O fator de maior impacto na prevenção secundária é a organização de sistemas eficientes de atendimento pré-hospitalar.
- b) É impossível qualquer progresso na prevenção sem melhorar condições sociais da população.
- c) Exigir o cumprimento rigoroso das leis, é a melhor forma de se controlar a violência urbana.
- d) Cintos de segurança e capacetes são a melhor forma de prevenção primária de trauma relacionado ao trânsito.
- e) A educação é a base da prevenção das lesões traumáticas, quer se trate de trauma decorrente de violência intencional ou não.

chamada:
cod barras:
local:
inclusão:
n controle:

FOLHETO COLETANEA 68
E08979
BC
8/10/2008
00036770

03. Um paciente de 23 anos, masculino, é admitido no pronto-socorro de um hospital privado, com história de queda de bicicleta. Conforme informações, permaneceu inconsciente por 10 minutos, no local.

No momento, encontra-se lúcido, orientado, queixando-se de cefaléia. O exame físico revela escoriação na região frontal. Depois de 30 minutos de permanência na sala de emergência, não responde mais a estímulos verbais. O médico que o atende solicita avaliação do neurocirurgião e uma tomografia de crânio.

Do setor administrativo o médico recebe orientação para transferir o paciente para um serviço público de saúde, porque o mesmo não tem plano de saúde ou convênio que cubra as despesas. O paciente, agora, está anisocórico.

O médico deve

- a) tomar as medidas necessárias para que o paciente seja submetido a uma intervenção cirúrgica de emergência.
- b) aguardar a chegada do neurocirurgião para uma tomada de decisão.
- c) insistir na realização da tomografia e transferi-lo a seguir.
- d) intubar o paciente e transferi-lo o mais rápido possível.
- e) aceitar transferir o paciente, desde que seja numa ambulância - UTI.

04. Na reposição inicial de líquidos a um paciente politraumatizado, em choque hipovolêmico, e na monitorização da resposta ao tratamento, é correto afirmar:

- a) Inicialmente deve-se repor dois litros de soro fisiológico ou ringer lactato, rapidamente. A reposição de mais volumes é determinada pela medida da PVC, através de cateter venoso central.
- b) Inicialmente o doente deverá receber dois litros de soro fisiológico ou de ringer lactato, rapidamente. A reposição de mais volume (e a quantidade necessária) será de acordo com a resposta do doente, avaliada em termos de melhora dos sinais vitais (pulso e pressão arterial) e pela diurese (de pelo menos 50 mL/h).
- c) O paciente deverá receber dois litros de solução colóide e transfusão de glóbulos. A reposição posterior será com solução cristalóide, de acordo com a resposta clínica, avaliada pelos sinais vitais e pela diurese.
- d) O paciente deverá receber transfusão de sangue total e solução cristalóide, de acordo com o volume total estimado de perda sanguínea. A monitorização clínica é determinada pelos sinais vitais e a reposição com solução cristalóide contínua a 50 mL/h.
- e) A reposição deverá ser com solução cristalóide ou colóide, na proporção de 10 mL/Kg, e sangue total ou papa de hemácias de acordo com as medidas de hematocrito e hemoglobina. A monitorização é feita pela medida de sinais vitais, PVC e diurese.

05. Sobre a reposição volêmica inicial em um paciente politraumatizado, em choque hipovolêmico, é INCORRETO afirmar:

- a) A preferência é por solução salina (cristalóide) isotônica.
- b) Os fluidos devem ser, preferencialmente, aquecidos (até 39°C).
- c) Sempre que possível, devemos infundir soluções de colídes, que apresentam vantagens sobre as soluções cristalóides, com o mesmo custo.
- d) Devem ser evitadas soluções hipotônicas ou que se tornarão hipotônicas quando infundidas, tais como o soro glicosado a 5%.
- e) O paciente deve ser tipado (tipo sanguíneo e fator Rh), na admissão, e logo que possível receber papa de hemácias.

06. A via de acesso preferencial para reposição volêmica em paciente em choque hipovolêmico, de acordo com as normas ATLS (SAVT):

- a) Acesso venoso central com intracath em veia subclávia ou vena jugular interna.
- b) Dissecção venosa (flebotomia) de veia periférica, em membros inferiores ou superiores.
- c) Butterfly nº 19 ou 21, em veias periféricas, nos membros superiores, afastado das dobras.
- d) Punção em veia periférica, com dois cateteres de grosso calibre, como abocath nº 14, por exemplo.
- e) Vía intra-óssea.

07. Para pacientes em coma, com relação à pressão intracraniana (PIC), é INCORRETO afirmar:

- a) O registro da pressão intracraniana pode ser obtido por cateteres preenchidos por líquido ou cateteres de fibra ótica, ligados a transdutores especiais de pressão.
- b) A PIC normal, em situação de repouso, é, aproximadamente, igual a 10 mmHg. Pressões maiores do que 20 mmHg são consideradas anormais e pressões maiores do que 40 mmHg são consideradas graves.
- c) A pressão de perfusão cerebral é igual à pressão arterial média dividida pelo valor da pressão intracraniana.
- d) O fluxo sanguíneo cerebral normal é de, aproximadamente, 50 mL/100g de cérebro/minuto. Fluxos abaixo de 5 mL/100g/minuto, aproximadamente, determinam morte cerebral ou lesão irreversível.
- e) Os cateteres para medida da PIC podem ser colocados nos compartimentos líquoricos ou intraparenquimatosos. O cateter intraventricular é o que oferece maiores vantagens, apesar de maior risco de contaminação (meningite).

08. Um paciente de aproximadamente 50 anos de idade, morador de assentamento de sem-teto, desnutrido, é trazido ao pronto-socorro, em mau estado geral, com história de diarréia, confuso, hipotensão arterial e sinais de desidratação.

Os exames de laboratório colhidos na admissão, mostram uréia de 90 mg/dL, creatinina de 1,9 mg/dL, sódio de 130 mEq/L, potássio de 4,0 mEq/L, cloro de 114 mEq/L, pH de 7,10, pCO₂ de 19 mmHg e bicarbonato de sódio de 6,0 Eq/L. O valor da diferença de ânions ("anion gap"), em mEq/L e a provável causa da acidose são, respectivamente,

- a) 10 - diarréia.
- b) 10 - intoxicação por álcool metílico.
- c) 14 - desidratação.
- d) 16 - choque.
- e) 16 - insuficiência renal.

09. Sobre o choque de origem neurológica, é INCORRETO afirmar:

- a) O choque neurogênico resulta da lesão das vias descendentes do sistema simpático da medula espinhal.
- b) A perda do tônus vasomotor determina vasodilatação visceral e vasoconstrição periférica, determinando palidez, sudorese e pele fria, com hipotensão arterial.
- c) A perda do tônus simpático em nível do coração determina bradicardia ou ausência de taquicardia como resposta à hipovolemia.
- d) O choque medular refere-se à flacidez e à perda de reflexos vistos após a lesão medular.
- e) No choque neurogênico, a diminuição da P.A. pode não responder à infusão de líquidos apenas, podendo-se usar vasopressores e atropina.

10. Paciente masculino, 21 anos, com cerca de 70 Kg, chega ao pronto-socorro com história de acidente de moto. Está completamente imobilizado em prancha longa, com colar cervical, em ventilação espontânea, recebendo O₂ em máscara, mas está torporoso. Apresenta escoriações em região fronto-temporal direta (estava sem capacete), abrasão na parede anterior e lateral do tórax, à direita, e deformidade no tornozelo direito. O tempo decorrido entre a colisão e a chegada ao hospital foi de cerca de 40 minutos. Os sinais vitais na chegada são: pulso 142 pulsavações/min. PA 80 x 50 mmHg, freqüência respiratória de 30, bastante descorado. Reage à dor em decorticado. Suas pupilas são isocônicas. É realizada a intubação traqueal e iniciada a ventilação assistida. O tórax foi drenado à direita, saindo inicialmente cerca de 500 mL de sangue.

Todas as afirmações estão corretas, EXCETO

- a) O paciente deve ser submetido à toracotomia de urgência.
- b) O sangramento do tórax não explica o choque deste doente e não necessita cirurgia para seu controle.
- c) A provável etiologia do choque é hemorragia intra-abdominal.
- d) O sangramento abdominal pode ser confirmado com lavagem peritoneal diagnóstica ou ultra-som abdominal.
- e) Se confirmada presença de sangue no abdômen, está indicada laparotomia exploradora.

11. Paciente do sexo masculino, 18 anos, é atendido no serviço de emergência com história de polidipsia, poliúria, náuseas e vômitos há 2 dias. Ao exame clínico apresenta-se sonolento, confuso, taquipneico, afebril, desidratado, PA 90/50 mmHg, extremidades frias e cianóticas. Portador de diabetes melito tipo I, há 3 dias fez uso abusivo de alimentos. Os exames laboratoriais mostram glicemia 480 mg/dL, potássio 6,0 mEq/L, sódio 138 mEq/L, cloreto 102 mmol/L, pH 7,18, PaCO₂ 23 mmHg, PaO₂ 90 mmHg, SaO₂ 97%, HCO₃ - 9 mmol/L, teste urinário com fita reagente mostra reação fortemente positiva para açúcar e cetonas. Considerando os resultados, é correto afirmar:

a) O paciente apresenta acidose metabólica com ânion gap de 14.

b) O manejo adequado deve incluir reposição volêmica vigorosa, inicialmente com solução fisiológica 0,9% e, após com solução fisiológica 0,9% ou 0,45%, dependendo do sódio sérico, para restaurar o volume circulante, insulina regular IV dose de ataque de 10 a 15 unidades seguida de infusão IV 0,1 unidade/Kg/hora, reposição de potássio a partir do momento em que passa a ter diurese adequada e potássio sérico menor que 5,5 mEq/L.

c) O manejo adequado deve incluir reposição volêmica com solução fisiológica 0,9% ou 0,45%, dependendo do sódio sérico para restaurar o volume circulante, insulina regular IV contínua 0,1 unidade/Kg/hora, reposição de bicarbonato para correção da acidose e da hipercalcemia.

d) O manejo adequado deve incluir reposição volêmica vigorosa com solução fisiológica 0,9% ou 0,45%, dependendo do sódio sérico, insulina regular intramuscular 10 a 15 unidades/hora, reposição de potássio a partir do momento em que passa a ter diurese e reposição de bicarbonato.

e) O manejo adequado deve incluir reposição volêmica vigorosa com solução fisiológica na primeira hora e, após, com solução glicofisiológica para reposição do volume circulante, insulina regular IV dose de ataque de 10 a 15 unidades seguida de infusão IV contínua de 0,1 unidade/Kg/hora, reposição de fósforo.

12. Com relação às emergências hipertensivas, é INCORRETO afirmar:

a) O objetivo do tratamento da crise hipertensiva associada à hemorragia intracraniana é a manutenção de uma pressão arterial diastólica de 100 a 130 mmHg.

b) As crises hipertensivas geralmente ocorrem em pacientes hipertensos malcontrolados, por elevação súbita da resistência vascular sistêmica, por aumento de substâncias vasoconstritoras como norepinefrina e/ou angiotensina II.

c) O nitroprussiato de sódio é a droga de escolha para o tratamento da crise hipertensiva associada à insuficiência cardíaca, a aneurisma dissecante da aorta, a infarto agudo do miocárdio.

d) A nitroglicerina endovenosa é a droga de escolha para hipertenso moderado, nos quadros de isquemia coronariana aguda, mas reduz mais a pré-carga do que a pós-carga e deve ser usada com cautela ou evitada nos pacientes com IAM de parede inferior com infarto ventricular direito.

e) O nitroprussiato de sódio é contra-indicado no tratamento de pacientes com eclâmpsia, porque atravessa a barreira placentária, podendo ser tóxico para o feto.

13. Paciente com 52 anos, masculino, na sala de atendimento médico do pronto-socorro há 2 horas, com diagnóstico de IAM de parede inferior não-complicado. Recebeu tratamento adequado, incluindo terapia trombolítica. Subitamente apresenta parada cardíaca em fibrilação ventricular, constatada através da monitorização eletrocardiográfica, com perda de consciência. O melhor manejo desse paciente é:

a) o paciente deve ser, obrigatoriamente, intubado e iniciada massagem cardíaca externa antes de se proceder cardioversão.

b) deve-se, inicialmente, tentar restaurar o ritmo cardíaco com drogas como lidocaína ou amiodarona.

c) o paciente não precisa ser intubado nos primeiros minutos, e deve ser realizada desfibrilação o mais rapidamente possível.

d) devido ao IAM, deve-se iniciar massagem cardíaca e ventilação e tentar desfibrilar com carga inferior a 200 Joules.

e) o paciente deve ser, obrigatoriamente, intubado, iniciada ventilação e massagem cardíaca extrema e tentar restaurar o ritmo cardíaco com drogas como lidocaína e verapamil.

14. Com relação ao edema agudo de pulmão, assinale a alternativa correta.

a) Os nitratos atuam como vasodilatadores arteriolares, diminuindo a pós-carga.

b) A morfina é um vasodilatador potente com efeito inotrópico negativo.

c) A digoxina é a droga de escolha no manejo do EAP, na dose de 1 mg, nos pacientes que não fazem uso prévio.

d) O nitroprussiato de sódio atua diretamente nos receptores beta 1 e estimula a liberação de noradrenalina no miocárdio.

e) O furosemide reduz a pré-carga por vasodilatação, imediatamente após ser injetado, com ação semelhante à da morfina.

15. Paciente de 45 anos, masculino, oriundo de uma cidade a 140 Km de Santa Maria, trabalhador rural, é encaminhado para o PA do HUSM com história de dor precordial de início súbito, em aperto há 8 horas, contínua, irradiada para a região da mandíbula e membro superior esquerdo. Refere mal-estar e sufocação, não é hipertenso, é fumante. Ao exame está lúcido, acianótico, com perfusão periférica adequada, sem turgência jugular, PA 120/80 mmHg, FC 92 bpm, Fr 20, ritmo cardíaco irregular, extra-sistolas ocasionais, 2 tempos, ausculta pulmonar com MV bilateral. ECG feito, imediatamente à chegada, mostrou ritmo sinusal, supradesnívelamento do segmento S-T em V_2 , V_3 , V_4 de 2,0 mm, CK - MB - 60, troponina - 3,4. A conduta mais adequada para esse paciente é:

- a) O_2 nasal 2 l/min, AAS 200 mg VO, analgesia com morfina, nitrato sublingual 5/5 minutos, até alívio da dor, propranolol endovenoso.
- b) O_2 nasal 2 l/min, AAS 200 mg VO, trombolítico estreptoquinase 750.000 UI, heparinização plena, analgesia com morfina, nitrato sublingual 5/5 minutos.
- c) O_2 nasal 5 l/min, AAS 500 mg VO, analgesia com morfina e heparinização plena.
- d) O_2 nasal 2 l/min, AAS 200 mg VO, administração de trombolítico estreptoquinase 1500.000 UI em 1 hora, propranolol endovenoso e analgesia com morfina.
- e) Poderá ou não usar O_2 nasal, AAS 200 mg VO, propranolol VO, nitroglicerina IV contínuo, analgesia com morfina.

17. Sobre o manejo das arritmias cardíacas é correto afirmar:

- a) Com relação à fibrilação atrial com duração de mais de 48 horas ou com período de duração desconhecido, a restauração do ritmo sinusal deve ser imediato, com agentes antiarrítmicos ou cardioversão.
- b) No BAV de segundo grau Mobitz tipo I, com freqüência recomenda-se a inserção de um marcapasso permanente.
- c) A terapia inicial dos episódios agudos de taquiarritmias de complexo estreito, sobretudo a taquicardia de reentrada no nódulo AV, incluem manobras vagais, administração endovenosa de agentes como adenosina ou verapamil.
- d) Paciente com fibrilação atrial por mais de 1 ano ou com átrio esquerdo com mais de 4,5 cm de dimensão, no ecocardiograma, tem maior possibilidade de manter o ritmo sinusal após cardioversão elétrica do que após cardioversão química.
- e) Pacientes com IAM devem fazer uso profilático de lidocaína IV contínua, de rotina, nas primeiras 48 horas, para prevenir arritmias ventriculares sustentadas.

18. Paciente com 63 anos, internada há 12 horas por IAM de parede ântero-septal, tendo recebido tratamento adequado, incluindo administração de trombolítico, previamente hipertensa leve, com tratamento irregular, sem outras doenças cardíacas. Seis horas após a internação, passou a referir dispneia leve e, ao exame, apresentava-se hemodinamicamente estável, PA 130/82 mmHg, FC 100 bpm, RCR, com B_3 isolada e na ausculta pulmonar estertores finos na base do tórax bilateralmente. Quanto à estratificação clínica de risco, a paciente apresenta:

- a) Classe I de Forrester.
- b) Classe II de Killip.
- c) Classe III de Killip.
- d) Classe IV de Killip.
- e) Classe III de Forrester.

19. Considere as afirmações com relação à cardiopatia isquêmica e indique a resposta INCORRETA.

- a) Paciente com angina instável ou IAM, sem elevação de ST, assintomáticos após 48 horas de tratamento farmacológico, pode realizar uma prova de esforço com protocolo de Bruce modificado.
- b) Pacientes com angina instável ou IAM, sem elevação de ST, assintomáticos, podem realizar angiografia e revascularização precoces.
- c) Todos os pacientes com angina instável devem receber AAS, porque reduz a incidência de IAM e de parada cardíaca subsequentes, mas o uso de heparinização não modifica a incidência de IAM.
- d) Todos os pacientes com IAM, sem elevação de ST e elevação precoce de enzimas cardíacas, beneficiam-se com o uso de antagonistas do receptor da glicoproteína IIb/IIIa.
- e) Na angina instável, o uso de um antagonista de canal de cálcio, como verapamil ou diltiazem, é efetivo para controle dos sintomas isquêmicos, mas não reduz o risco de IAM.

16. Com relação ao manejo da insuficiência cardíaca, é correto afirmar:

- a) A digoxina parece diminuir o número de hospitalizações, assim como causa melhora clínica do paciente, sem um impacto na taxa de mortalidade total.
- b) Paciente com insuficiência cardíaca não necessita restrição dietética de sódio, porque não interfere nos sinais e sintomas.
- c) Os inibidores da enzima de conversão da angiotensina melhoraram os sintomas e a sobrevida dos pacientes com insuficiência cardíaca leve, mas não a dos pacientes com insuficiência cardíaca moderada e grave.
- d) A hidralazina é contra-indicada na insuficiência cardíaca, porque pode causar taquicardia reflexa e aumento do consumo miocárdico de oxigênio.
- e) O uso de diuréticos tiazídicos mostrou melhorar a sobrevida e diminuir as hospitalizações em pacientes com insuficiência cardíaca classes III e IV da New York Heart Association.

20. Ao se deparar com um paciente caído, aparentemente inconsciente, recomenda-se a seguinte seqüência de atendimento:

- a) Determinar a capacidade de resposta, acionar o sistema de serviços médicos de emergência, posicionar o paciente, desobstruir as vias aéreas, ventilar o paciente, avaliar circulação, realizar compressão torácica.
- b) Determinar capacidade de resposta, desobstruir vias aéreas, avaliar ventilação, avaliar circulação, acionar o sistema de serviços médicos.
- c) Avaliar ventilação e circulação, acionar o sistema de serviços médicos de emergência, desobstruir vias aéreas, ventilar o paciente, avaliar circulação, realizar compressão torácica.
- d) Avaliar ventilação e circulação, posicionar o paciente, desobstruir as vias aéreas, avaliar a respiração, compressão torácica após golpe precordial, acionar o sistema de serviços médicos de emergência.
- e) Determinar a capacidade de resposta, posicionar o paciente, desobstruir as vias aéreas, ventilar o paciente, avaliar a circulação, acionar o sistema de serviços médicos de emergência, compressão torácica.

21. Um homem de 76 anos chega ao pronto-socorro com queixa de dor abdominal aguda, há cerca de 6 horas, que se iniciou após tentativa de evacuação. Há cerca de 2 meses tivera quadro de dor semelhante, mais de um episódio, que desapareceu após cerca de 4 horas. Tomava antiespasmódico, geralmente elixir paregórico, e as crises cediam com a eliminação de gases e fezes líquidas. Agora não conseguia eliminar nem gases, nem fezes, desde o início da dor. Ao exame, apresentava bom estado geral, fascies de dor, sudorético, pulso 92 bpm, PA 160/ 80 mmHg, ritmo sinusal. O abdômen distendido, doloroso à palpação, mais em quadrante inferior esquerdo, timpânico e com ruídos hidroáreos aumentados. Não foram palpadas massas, nem adenopatias. Não apresentava cicatriz cirúrgica no abdômen. O Raio X simples do abdômen mostrou distensão do cólon, à esquerda. Hemograma dentro dos limites da normalidade. O diagnóstico mais provável é

- a) carcinoma do cólon sigmóide.
- b) diverticulite.
- c) apendicite aguda.
- d) colite isquêmica.
- e) volvo de sigmóide.

22. Uma paciente de 23 anos chega ao pronto-socorro, com queixa de dor no abdômen inferior e disúria. Está febril, com temperatura axilar de 37,8°C. Tem um filho de 18 meses. Teve parto vaginal. Apresenta ciclo menstrual regular, usa contraceptivo oral e está no 16º dia do ciclo menstrual. Não tem sintomas ginecológicos. Tem antecedente de cólica renal, tendo expelido um cálculo, há cerca de 1 ano. Refere que a dor iniciou há cerca de 2 dias, de início difuso no abdômen, acompanhada de náusea. Teve um episódio de vômito. Nega diarreia. Teve uma evacuação de fezes normais. À palpação do abdômen, tem dor mais acentuada profunda em quadrante inferior direito, com descompressão (Blumberg) dolorosa. Ao exame ginecológico, ausência de fluxo genital e dor à mobilização do útero: toque retal doloroso no saco de Douglas, temperatura retal de 38,8°C. Punho percussão lombar indolor. O hemograma apresenta hematocrito e hemoglobina normais, leucograma com 14.200 leucócitos, com neutrofilia e desvio à esquerda acentuado. O EQU mostrou 8 leucócitos por campo e 2 hemácias por campo. Bacteriúria discreta. Sedimento normal com filamentos de muco. O diagnóstico mais provável e o tratamento indicado são, respectivamente,

- a) rotura de folículo ovariano com hemorragia - tratamento cirúrgico ginecológico.
- b) apendicite aguda - tratamento cirúrgico.
- c) doença inflamatória pélvica - antibioticoterapia.
- d) pielonefrite aguda - antibioticoterapia.
- e) gravidez tubária rota - tratamento cirúrgico.

23. Uma senhora de 50 anos de idade, portadora de colecistopatia litiasica crônica, foi admitida no pronto-socorro com quadro de dor abdominal localizada no epigástrico, com irradiação para o dorso, vômitos, febre, taquicardia e hipotensão arterial. Os exames mostraram hematocrito 45, hemoglobina 16, leucócitos 13.000/ mm³, glicemia 170 mg/dL, amilase 1030 UI/L, TGO 200 UI/L e DHL 300 UI/L. Considerando esses resultados, indique a alternativa correta:

- a) A expansão volêmica deve ser lenta e cuidadosa, uma vez que esse tipo de paciente, habitualmente apresenta importante depressão miocárdica.
- b) A nutrição enteral deve ser iniciada imediatamente, para impedir a deterioração do estado nutricional e também para manter o trofismo mucoso digestivo, evitando a translocação bacteriana.
- c) A analgesia deve ser com morfina endovenosa, em infusão contínua.
- d) A paciente deverá apresentar boa evolução, tendo-se como parâmetro prognóstico os critérios de Ranson.
- e) A paciente deverá ser submetida à colectectomia com exploração de vias biliares, urgentemente.

24. Uma senhora de 67 anos consulta no pronto-atendimento com queixa de fraqueza progressiva há cerca de 3 meses. Apresenta dor abdominal difusa, eventualmente em cólica de moderada intensidade, que alivia com analgésicos comuns. Refere perda de 6 Kg no período. Nega sangramento genital. Nega antecedentes mórbidos pessoais significativos. História familiar de uma irmã, já falecida, devido a um câncer do intestino grosso. Faz uso de anti-hipertensivo regularmente. Ao exame, está bastante descorada, sem edemas. Seu pulso é de 116 bpm, pressão arterial de 150/90 mmHg, frequência respiratória de 23 rpm. Nega dor à palpação do abdômen. Não há massas palpáveis. O toque retal é normal. Traz resultado de EPF (3 amostras) negativo.

A conduta inicial MAIS apropriada para essa paciente é:

- a) Tratar a anemia com sulfato ferroso e ácido fólico e se não houver melhora, fazer biópsia da medula óssea.
- b) Solicitar tomografia computadorizada de abdômen.
- c) Solicitar colonoscopia ou enema opaco.
- d) Fazer pesquisa de sangue oculto nas fezes e tratar, empiricamente, para doença péptica.
- e) Tratar a anemia e usar anti-helmíntico.

25. Um paciente de 33 anos, previamente hígido, sem história de trauma ou cirurgia pregressa, é internado com hipótese de meningite aguda, com alteração de estado de consciência e sem sinais neurológicos focais. O exame do líquido cefalorraquidiano mostrou pressão inicial elevada, 1.800 células com predomínio de neutrófilos proteinorraquia de 154 mg/dl glicorraquia de 32 mg/dl e lactato elevado. O exame bacterioscópico mostrou diplococos Gram (+) e os testes de aglutinação mostraram-se positivos para *Streptococcus pneumoniae*. Qual a melhor conduta em ordem de importância?

- a) Solicitar tomografia de crânio, ceftriaxona (2g EV a cada 12 horas) e corticosteróide EV.
- b) Coleta rápida de culturas, ceftriaxona (2g EV a cada 12 horas) e tomografia de crânio.
- c) Corticosteróide EV, ampicilina e cloranfenicol EV em doses elevadas até que o resultado de cultura do líquor se torne disponível.
- d) Pen cristalina (4 milhões de UI EV a cada 4 horas), oxigenoterapia, glicose EV e tomografia de crânio.
- e) Pen cristalina (4 milhões de UI EV a cada 4 horas), corticosteróide EV e tomografia de crânio.

26. Sobre a profilaxia adequada do tétano, no doente traumatizado, é INCORRETO afirmar:

- a) O período médio de incubação para o tétano é de 10 dias, mas varia de 4 a 21 dias. Em traumatismos graves, pode manifestar-se muito precocemente, até mesmo no 1º ou 2º dia após o trauma.
- b) A imunização antitetânica depende do estado de imunização prévia do doente e da tendência da lesão para o desenvolvimento do tétano.
- c) A imunização passiva é realizada pela administração de 250U de globulina humana hiperimune contra o tétano, administrada por via intramuscular.
- d) Quando o toxóide tetânico e a globulina humana hiperimune são administradas concomitantemente, devem ser utilizadas seringas separadas e locais de administração diferentes.
- e) Ferimentos com potencial para desenvolvimento de tétano apresentam, geralmente, tempo de ocorrência maior do que 12 horas, são extensos, sujos, de profundidade maior do que 2,5 cm, geralmente causados por projétils de arma de fogo, esmagamento sem evidência de infecção, tecidos desvitalizados e isquêmicos.

27. Sobre a intoxicação determinada por gases tóxicos, é INCORRETO afirmar:

- a) Gases hidrossolúveis como o cloro, amônia, formaldeído, dióxido de enxofre e ozônio, provocam basicamente irritação ocular e das vias aéreas superiores.
- b) A exposição domiciliar pode ser resultado de mistura de alvejante (hipoclorito de sódio) com limpador sanitário (ácido sulfúrico), que produz gás cloro.
- c) O monóxido de carbono (CO) desloca o oxigênio (O₂) da hemoglobina, desvia a curva de dissociação da hemoglobina para a esquerda e deprime a respiração celular, ao inibir o sistema citocromo oxidase.
- d) Inalação de fumaça é a causa de mais de 50% das mortes relacionadas com incêndios. O dióxido de carbono (CO₂) é responsável por 80% da taxa de mortalidade, nas primeiras 12 horas.
- e) Gases irritantes provocam queimaduras cutâneas, irritação de mucosa, laringotraqueite, bronquite, pneumonite, broncoespasmo e edema pulmonar (que pode ocorrer até 24 horas após a exposição).

28. Assinale a alternativa que apresenta manifestação(ões) mais freqüente(s) após 20 horas de uma intoxicação por ACETAMINOFEN (paracetamol), caso o paciente não tenha recebido tratamento.

- a) Irritabilidade do trato gastrointestinal.
- b) Elevação das enzimas hepáticas.
- c) Náuseas e vômitos.
- d) Acidose metabólica.
- e) Convulsões.

29. De acordo com os sinais e sintomas descritos, qual agente seria o causador do respectivo quadro de intoxicação exógena e qual seria o tratamento indicado para o caso?

a) Edema agudo de pulmão, pele com coloração rosa cereja, vômitos, p O_2 normal com saturação baixa — opiáceos — câmara hiperbárica.

b) Depressão respiratória, mioses puntiformes e diarréia — paraquat — naloxona.

c) Pele com odor forte, mioses bilaterais, hipersecreção brônquica, bradicardia, hipotensão arterial, inquietude, convulsões — organofosforados — atropina, pralidoxima e benzodiazepínicos.

d) Visão borrada, midriase, secura de mucosas, taquicardia sinusal, hipertermia — barbitúricos — carvão ativado.

e) Diarréia, náuseas, vômitos, cefaléia, tonturas — anti-inflamatórios não-esteróides — sonda nasogástrica e lavagem gástrica.

30. Sobre o choque séptico e síndrome da resposta inflamatória sistêmica, é INCORRETO afirmar:

a) A incidência tem aumentado devido a fatores como: aumento de procedimentos invasivos, maior uso de drogas imunossupressoras e faixa etária mais elevada.

b) A mortalidade associada à septicemia é elevada, geralmente acima de 40%.

c) As três citocinas mais importantes envolvidas na septicemia são a interleucina 1, o fator de necrose tumoral alfa e o interferon gama.

d) O fator ativador plaquetário (PAF) é um mediador envolvido na septicemia, liberado pelas membranas celulares e promove aumento na adesão e ativação das células endoteliais.

e) A síndrome de disfunção de múltiplos órgãos e sistemas é definida como a presença de disfunção orgânica em pacientes com doença crônica e com mortalidade relativamente baixa em relação ao número total de casos registrados, devido aos avanços terapêuticos atuais.

31. Com relação à insuficiência respiratória aguda, assinale a alternativa correta.

a) Na insuficiência respiratória aguda, tipo I, por déficit de oxigenação, ocorre diminuição da PaO_2 e aumento da $PaCO_2$.

b) Na insuficiência respiratória aguda, a presença de shunts está associada a um gradiente alvéolo-arterial de pressão parcial de oxigênio aumentado, e a hipoxemia é resistente à correção somente com oxigênio suplementar, quando a função de shunt do débito cardíaco é $> 30\%$.

c) Na insuficiência respiratória hipercápnica, a produção aumentada de dióxido de carbono pode ser precipitada por dieta com sobrecarga de proteínas, em pacientes com doença pulmonar subsequente.

d) Na insuficiência respiratória aguda, tipo II, por déficit de ventilação, ocorre diminuição muito acentuada da PaO_2 e diminuição da $PaCO_2$.

e) A oximetria de pulso não é afetada por carboxiemoglobina, metameglobina, luz ambiente e pigmentação da pele.

32. Com relação às drogas antiarrítmicas, é INCORRETO afirmar:

a) A adenosina não é efetiva na conversão de flutter atrial, fibrilação atrial e taquicardia ventricular em ritmo sinusal.

b) O verapamil é efetivo na redução da freqüência da resposta ventricular, na fibrilação atrial e flutter atrial, e na redução ou término da TSV que utilizam o nódulo AV em seu circuito de reentrada.

c) A fenitoína é prescrita, basicamente, para arritmias ventriculares e supraventriculares induzidas por digitálicos.

d) A amiodarona reduz a refratariedade e diminui a repolarização no tecido atrial e ventricular.

e) Os efeitos tóxicos e colaterais dos antagonistas beta adrenérgicos incluem efeitos inotrópicos negativos que podem precipitar ou exacerbar disfunção ventricular esquerda e insuficiência cardíaca.

33. Considerando a assistência a um paciente em parada cardíaca e respiratória, assinale a alternativa INCORRETA.

a) Deve ser obtida imediatamente uma veia central, jugular interna ou subclávia, para administração de medicamentos.

b) A injeção intracardíaca de epinefrina deve ser evitada, devido aos riscos de lacerção da artéria coronária ou tamponamento cardíaco.

c) A intubação endotraqueal deve ser efetuada por pessoa experiente, e cada tentativa não deve exceder a 30 segundos, enquanto isso, a ventilação deve ser executada com máscara facial, adequadamente posicionada, e acoplada a um AMBU.

d) A compressão torácica externa permite obter uma pressão sistólica de até mais de 100 mmHg, mas a pressão diastólica é baixa, raramente excedendo 40 mmHg.

e) A dose de epinefrina e de atropina administrada por via endotraqueal deve ser duas a duas vezes e meia, maior do que a utilizada pela via endovenosa.

34. Em relação às diretrizes para avaliação da retirada da ventilação mecânica, desmame, o parâmetro incorreto é:

a) PEEP ≤ 5 cm H_2O .

b) Volume corrente espontâneo $> 5,0$ mL/Kg.

c) Estado mental do paciente desperto, cooperativo, alerta.

d) $PaO_2 > 60$ mmHg com uma $FiO_2 < 50\%$.

e) Volume minuto (VM) > 10 L/minuto.

35. Com relação à insuficiência renal aguda, assinale a alternativa correta.

- a) A insuficiência renal aguda por radiocontraste tende a ser não-oligúrica e o pico de creatinina sérica ocorre nas primeiras 24 horas.
- b) Presença de eosinofilia e eosinofilúria sugerem o diagnóstico de nefotoxicidade por aminoglicosídeos.
- c) Na insuficiência renal aguda por pigmentos, tentativas de manter o pH urinário de 5,0 são úteis para aumentar a solubilidade do pigmento heme.
- d) O uso de antiinflamatórios não-hormonais, que inibem a síntese de prostaglandinas, em situações de hipovolemia, hipotensão, insuficiência cardíaca, determina uma redução no ritmo de filtração glomerular.
- e) No caso de estenose de artérias renais bilateralmente, a utilização de inibidores da enzima de conversão da angiotensina determina um aumento na taxa de filtração glomerular.

36. A ventilação mecânica é um método de suporte para pacientes durante determinadas enfermidades. Com relação à ventilação mecânica, é INCORRETO afirmar:

- a) No modo de ventilação assistida, o ventilador determina o início da inspiração, por um critério de pressão ou de fluxo e o disparo é deflagrado pelo esforço inspiratório do paciente.
- b) No paciente em ventilação mecânica, o ideal é manter uma concentração de O_2 no ar inspirado (FiO_2), suficiente para obter uma saturação de O_2 (SaO_2) > 90%, sem expor o paciente ao risco de toxicidade pelo oxigênio.
- c) Os ventiladores volumétricos apresentam a característica de serem geradores de pressão constante.
- d) Uma estratégia recomendada para prevenir o barotrauma, em pacientes submetidos à ventilação mecânica, é a diminuição do volume corrente.
- e) O modo de ventilação mandatório intermitente (IMV) permite ao paciente respirar com freqüência e volume corrente espontâneos, sem disparar respirador, enquanto esse adiciona inspirações mecânicas com freqüência e volume corrente predeterminados.

37. Uma paciente de 70 anos, com insuficiência cardíaca, em tratamento, chega ao pronto-atendimento referindo apresentar, há 3 dias, anorexia, náuseas, vômitos, diarréia, alterações do estado mental, agitação, distúrbios visuais tipo escotomas e mudança da percepção das cores. O ECG mostrou BAV de 2º grau tipo Mobitz II. O diagnóstico mais provável é

- a) descompensação da insuficiência cardíaca.
- b) intoxicação por digoxina.
- c) intoxicação por amiodarona.
- d) insuficiência renal descompensada.
- e) efeitos colaterais dos antagonistas dos receptores beta adrenérgicos.

38. Paciente masculino, 22 anos, 75 Kg, internado na sala de emergência por quadro de TCE, coma Glasgow 5, em ventilação mecânica modo pressão controlada, com os seguintes parâmetros ventilatórios: FiO_2 40%, pressão inspiratória 15 cm H_2O , PEEP 5, Fr 20 ciclos/minuto, volume corrente 600 mL, SaO_2 99,6%, pH 7,52, $PaCO_2$ 28 mmHg, PaO_2 130 mmHg, HCO_3 23 mEq/L. Aponte a conduta indicada para melhorar os parâmetros ventilatórios do paciente.

- a) Aumentar a PEEP.
- b) Aumentar a pressão inspiratória.
- c) Diminuir a FiO_2 .
- d) Diminuir a freqüência respiratória (Fr).
- e) Aumentar o volume tidal.

39. Paciente de 25 anos, feminina, com vômitos e diarréia intensos há 3 dias, com oligúria, mal-estar, desidratação severa, apresentando insuficiência renal aguda. Coletou amostra de sangue e de urina para exames laboratoriais antes de receber qualquer tratamento. Nesse tipo de insuficiência renal, espera-se encontrar:

- a) Osmolalidade urinária < 350.
- b) Relação uréia/ creatinina plasmática < 20.
- c) Sódio urinário > 40.
- d) Relação creatinina urinária/ creatinina plasmática < 40.
- e) Excreção fracional de sódio (FeNa%) < 1.

40. Com relação à Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA), assinale a alternativa INCORRETA.

- a) Ocorrem níveis reduzidos de fator de necrose tumoral alfa (TNF - α), Interleucina 1 beta (IL - 1B) e interleucina 8 (IL-8) no lavado bronco alveolar.
- b) Um dos mecanismos implicados na gênese da lesão na barreira alvéolo-capilar é o acúmulo e ativação de granulócitos na microcirculação.
- c) Na fase avançada ou subaguda, as atelectasias focais tornam-se mais importantes.
- d) A utilização da PEEP acarreta aumento da resistência pulmonar com aumento da pós-carga no ventrículo direito.
- e) A pressão capilar pulmonar não é considerada essencial, para fins diagnósticos.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

CONCURSO PÚBLICO 2002

Venha fazer parte da UFSM

Medicina Clínica Médica			
01	D	21	E
02	E	22	B
03	A	23	D
04	B	24	C
05	C	25	B
06	D	26	E
07	C	27	D
08	A	28	B
09	B	29	C
10	A	30	E
11	B	31	B
12	E	32	D
13	C	33	A
14	E	34	E
15	D	35	D
16	A	36	C
17	C	37	B
18	B	38	D
19	C	39	E
20	A	40	A