



# PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIAS MÉDICAS



Universidade  
Estadual do Piauí

PROVA ESCRITA OBJETIVA – TIPO 4

RESIDÊNCIAS MÉDICAS: **MEDICINA INTENSIVA**

DATA: 19/01/2019 – HORÁRIO: 14h às 16h (horário do Piauí)

## LEIA AS INSTRUÇÕES:

01. Você deve receber do fiscal o material abaixo:
  - a) Este caderno com 50 questões objetivas sem falha ou repetição.
  - b) Um CARTÃO-RESPOSTA destinado às respostas objetivas da prova.

**OBS: Para realizar sua prova, use apenas o material mencionado acima e, em hipótese alguma, papéis para rascunhos.**
02. Verifique se este material está completo e se seus dados pessoais conferem com aqueles constantes do CARTÃO-RESPOSTA.
03. Após a conferência, você deverá assinar seu nome completo, no espaço próprio do CARTÃO-RESPOSTA utilizando caneta esferográfica com tinta de cor azul ou preta.
04. Escreva o seu nome nos espaços indicados na capa deste CADERNO DE QUESTÕES, observando as condições para tal (assinatura e letra de forma), bem como o preenchimento do campo reservado à informação de seu número de inscrição.
05. No CARTÃO-RESPOSTA, a marcação das letras correspondentes às respostas de sua opção, deve ser feita com o preenchimento de todo o espaço do campo reservado para tal fim.
06. Tenha muito cuidado com o CARTÃO-RESPOSTA, para não dobrar, amassar ou manchar, pois este é personalizado e em hipótese alguma poderá ser substituído.
07. Para cada uma das questões são apresentadas cinco alternativas classificadas com as letras (A), (B), (C), (D) e (E); assinale apenas uma alternativa para cada questão, pois somente uma responde adequadamente ao quesito proposto. A marcação em mais de uma alternativa anula a questão, **mesmo que uma das respostas esteja correta**; também serão nulas as marcações rasuradas.
08. As questões são identificadas pelo número que fica à esquerda de seu enunciado.
09. Os fiscais não estão autorizados a emitir opinião nem a prestar esclarecimentos sobre o conteúdo das provas. Cabe única e exclusivamente ao candidato interpretar e decidir a este respeito.
10. Reserve os 30(trinta) minutos finais para marcar seu CARTÃO-RESPOSTA. Os rascunhos e as marcações assinaladas no CADERNO DE QUESTÕES não serão levados em conta.
11. Quando terminar sua Prova, antes de sair da sala, assine a LISTA DE FREQUÊNCIA, entregue ao Fiscal o CADERNO DE QUESTÕES e o CARTÃO-RESPOSTA, que deverão conter sua assinatura.
12. O tempo de duração para esta prova é de **2 (duas) horas**.
13. Por motivos de segurança, você somente poderá ausentar-se da sala de prova depois de **1h30min** do início de sua prova.
14. O rascunho ao lado não tem validade definitiva como marcação do Cartão-Resposta, destina-se apenas à conferência do gabarito por parte do candidato.

## Nº DE INSCRIÇÃO

--	--	--	--	--	--	--

Assinatura

Nome do Candidato (letra de forma)

## RASCUNHO

01		26	
02		27	
03		28	
04		29	
05		30	
06		31	
07		32	
08		33	
09		34	
10		35	
11		36	
12		37	
13		38	
14		39	
15		40	
16		41	
17		42	
18		43	
19		44	
20		45	
21		46	
22		47	
23		48	
24		49	
25		50	

NÚCLEO DE CONCURSOS E PROMOÇÃO DE EVENTOS – NUCEPE  
 FOLHA DE ANOTAÇÃO DO GABARITO - ATENÇÃO: Esta parte somente deverá ser destacada pelo fiscal da sala, após o término da prova.  
 PROCESSO SELETIVO - RESIDÊNCIA MÉDICA – MEDICINA INTENSIVA

<b>Nº DE INSCRIÇÃO</b>						

## QUESTÕES

- 01.** A insuficiência cardíaca (IC) é uma doença grave e descompensações ocorrem como parte de sua evolução natural. Dentre os fatores de descompensação da IC relacionados ao paciente estão, **EXCETO**:
- a) Não aderência ao tratamento farmacológico.
  - b) Consumo de álcool ou abuso de drogas.
  - c) Tabagismo.
  - d) Não aderência à dieta.
  - e) Anemia.
- 02.** Na abordagem inicial da dor torácica, marque a **INCORRETA**.
- a) Coletar história clínica e realizar exame físico minucioso que, na maioria das vezes, são mais importantes e valiosos que os exames complementares.
  - b) Realizar ECG e avaliar probabilidade de dor isquêmica.
  - c) ECG isquêmico ou com IAM encaminhar paciente para unidade coronariana.
  - d) ECG sem isquemia e provável insuficiência coronariana, liberar paciente para enfermaria e avaliar com ECG diário.
  - e) Diagnóstico e tratamento precoce da síndrome coronária aguda é medida salvadora de vidas.
- 03.** No tratamento do tétano as medidas específicas mais importantes são, **EXCETO**:
- a) Administração da imunoglobulina antitetânica é a preparação de escolha e deve ser administrada imediatamente, porque reduz a mortalidade.
  - b) A abordagem do foco tetânico deve ser iniciada antes da administração da antitoxina objetivando a remoção do foco e reduzindo as toxinas circulantes.
  - c) Em pacientes intubados, o uso de bloqueadores neuromusculares pode ser benéfico.
  - d) O soro antitetânico apesar do custo menor leva mais frequentemente a reações anafiláticas.
  - e) Os pacientes que se recuperam do tétano devem ser imunizados ativamente.
- 04.** A crise hipercalcêmica se apresenta com várias manifestações clínicas, dentre elas, renais, musculoesqueléticas, neurológicas, cardiovasculares e gastrointestinais. Sobre o tratamento é **CORRETO** afirmar:
- a) Hidratação vigorosa com soro fisiológico.
  - b) Corticosteróides são indicados apenas em casos de mieloma, sarcoidose e linfoma.
  - c) Furosema é contraindicada, tendo seu uso justificado apenas em casos de hipervolemia.
  - d) Calcitonina é utilizada nos casos graves, com efeito hipocalcêmico em menos de 24h, podendo ser usado por mais 48h.
  - e) Hemodiálise deve ser considerada em pacientes refratários a outros tratamentos.
- 05.** FCS, feminino, 65 anos, 50 Kg, portadora de diabetes e hipertensão de longa data. Procurou atendimento médico devido a edema de MMII, anemia e hipertensão de difícil controle. Ao exame físico, paciente descorada +/4+, hidratada. AC BNF RR 2T sem sopros. AP MV diminuído nas bases. Abdome normotenso, depressível, sem visceromegalias. Edema de MMII ++/4+. Foram realizados exames laboratoriais: (Hematócrito 32 HB 10,5; Creatinina 2,5; Uréia 122; Potássio 5,0; Fósforo 4,5. Cálcio iônico 1,1). US do aparelho urinário: rins de tamanho e ecogenicidades normais. Paciente recebeu o diagnóstico de doença renal crônica e o clearance de creatinina calculado pela fórmula de Cockcroft – Gault foi:
- a) 32;
  - b) 25;
  - c) 17,7;
  - d) 37;
  - e) 40.

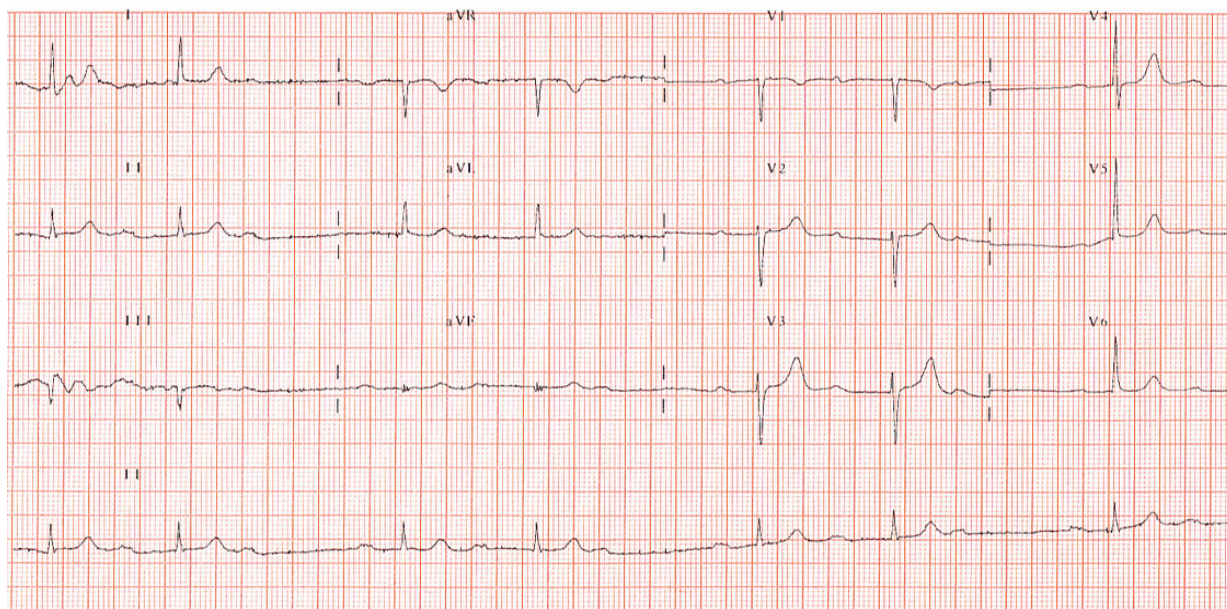
06. A síndrome neuroléptica maligna é uma emergência psiquiátrica associada principalmente ao uso de antipsicóticos típicos por via parenteral. É caracterizada pelos seguintes, **EXCETO**:
- Alteração do nível de consciência.
  - Febre alta.
  - Rigidez muscular severa.
  - Instabilidade autonômica.
  - Bradycardia.
07. Sobre Leptospirose é **INCORRETO** afirmar:
- Tem período de incubação em média de 10 dias.
  - A doença de Weil é caracterizada por alterações neurológicas e renais.
  - Na insuficiência renal os pacientes se apresentam com elevação das escurias renais e hipocalcemia.
  - O uso de antibióticos é recomendado, sendo a penicilina o agente de escolha para formas graves.
  - Sufusões hemorrágicas conjuntivais sugere o diagnóstico de leptospirose.
08. Na hemorragia digestiva alta, os preditores clínicos para o risco de ressangramento incluem os itens abaixo, **EXCETO**:
- Idade superior a 65 anos.
  - Sepse.
  - Hematêmese, melena e presença de sangue vermelho vivo no toque retal.
  - Níveis elevados de ureia e creatinina ( $> 1,5\text{mg/dL}$ ).
  - Valor da hemoglobina inicial  $< 12\text{ g/dL}$ .
09. Nos pacientes com diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), os achados de pior prognóstico são, **EXCETO**:
- Idade avançada.
  - IAM de parede inferior.
  - História de IAM prévio.
  - Diabetes.
  - Tempo prolongado para o início do tratamento.
10. Indicações para toracocentese diagnóstica incluem todas as alternativas abaixo, **EXCETO**:
- Pacientes com derrame pleural e que não tenham insuficiência cardíaca, síndrome nefrótica ou cirrose com ascite.
  - Na Insuficiência cardíaca, nefropatia ou cirrose com ascite, quando o derrame for unilateral ou francamente assimétrico.
  - Pacientes com diagnóstico de pneumonia e mais de 10mm de espessura do derrame em decúbito lateral ou Ultrassonografia.
  - Neoplasias.
  - Empiema pleural independente do volume.
11. No paciente em coma, a alteração no padrão respiratório com hiperventilação neurogênica central sugere lesão de:
- Córtex cerebral.
  - Mesencéfalo.
  - Ponte.
  - Bulbo.
  - Medula espinhal.

- 12.** Paciente em coma, com ausência de abertura ocular, emite sons incompreensíveis ao estímulo doloroso, tem postura de descerebração em hemicorpo direito e postura de decorticação em hemicorpo esquerdo, além de pupila direita não reativa, pupila esquerda com reatividade normal. Qual a pontuação desse paciente na escala de coma de Glasgow, incluindo a reatividade pupilar?
- a) 7;
  - b) 6;
  - c) 5;
  - d) 4;
  - e) 3.
- 13.** No paciente em coma, pupilas médio-fixas sugerem lesão de:
- a) Córtex cerebral.
  - b) Mesencéfalo.
  - c) Ponte.
  - d) Bulbo.
  - e) Medula espinhal.
- 14.** No estado de mal epilético convulsivo, a última opção terapêutica farmacológica é:
- a) Fenobarbital EV.
  - b) Fenitoína EV.
  - c) Diazepam em bolus.
  - d) Topiramato.
  - e) Coma barbitúrico.
- 15.** Para diagnóstico do estado de mal epilético não convulsivo, a melhor escolha dentre as opções a seguir é:
- a) Hemograma.
  - b) Nível sérico de anticonvulsivante.
  - c) Doppler transcraniano.
  - d) Eletroencefalograma.
  - e) Creatinina.
- 16.** Quando ocorre o “intervalo lúcido”, em paciente com traumatismo crânioencefálico, qual das lesões abaixo deve mais provavelmente ter acontecido?
- a) Hematoma extradural.
  - b) Hematoma subdural.
  - c) Lesão axonal difusa.
  - d) Rotura de aneurisma cerebral.
  - e) Contusões hemorrágicas múltiplas.
- 17.** Em paciente vítima de trauma raquimedular, em qual dos níveis de lesão abaixo é mais provável haver comprometimento respiratório?
- a) T8;
  - b) T6;
  - c) T4;
  - d) C6;
  - e) C4.
- 18.** Dentre as alterações eletrolíticas/metabólicas abaixo, qual mais comumente está associada a crises convulsivas no ambiente hospitalar?
- a) Hipoglicemia.
  - b) Hiperglicemia.
  - c) Hiponatremia.
  - d) Hipernatremia.
  - e) Hipocalemia.

19. Paciente com retrovirose (SIDA), admitido na UTI, com rebaixamento do nível de consciência e crise convulsiva. TC de crânio mostra lesões anelares com captação de contraste em núcleos da base bilateralmente. Sua principal hipótese neste caso deve ser:
- Neurocisticercose;
  - Neurotoxoplasmose;
  - Linfoma primário do SNC;
  - Neuroesquistossomose;
  - Neurotuberculose.
20. No paciente adulto em morte encefálica, qual o intervalo de tempo mínimo que deve ser aguardado entre o exame clínico realizado por dois médicos diferentes?
- 1 hora.
  - 3 horas.
  - 6 horas.
  - 10 horas.
  - 12 horas.
21. Com relação ao uso de Ventilação não invasiva (VNI), qual das alternativas abaixo **não** representa uma contraindicação para seu uso?
- Emergência hipertensiva com edema agudo de pulmão.
  - Parada cardio respiratória.
  - Choque.
  - Torporoso com escala de coma de Glasgow < 9.
  - Excesso de secreção respiratória.
22. Você é chamado para atender um paciente que se encontra internado em um leito de enfermaria, que segundo a enfermeira parou de responder a comandos. Ao chegar lá, percebe que o paciente encontra-se sem movimentos respiratórios e sem pulso central. Segundo as diretrizes de 2015 do ACLS, a conduta mais adequada para iniciar as manobras de reanimação para esse paciente é iniciar compressões torácicas na frequência cardíaca de:
- 100 a 120 por minuto, com profundidade de 5 a 6 centímetros. A cada 30 compressões, realizar 2 ventilações, utilizando um dispositivo balão-válvula-máscara.
  - no mínimo 120 por minuto, com uma profundidade de pelo menos 5 centímetros. A cada 30 compressões, realizar 2 ventilações, utilizando um dispositivo balão-válvula-máscara.
  - no mínimo 100 por minuto, com profundidade de pelo menos 6 centímetros. Ventilar utilizando um dispositivo balão-válvula-máscara com uma frequência entre 10 e 12 ventilações por minuto.
  - 100 a 120 por minuto, com profundidade de 5 a 6 centímetros. Ventilar utilizando um dispositivo balão-válvula-máscara com uma frequência entre 10 e 12 ventilações por minuto
  - no mínimo 120 por minuto, com profundidade de pelo menos 5 centímetros. Ventilar, se disponível, utilizando um ventilador mecânico, com frequência entre 12 e 16 ventilações por minuto.
23. Com relação à repercussão eletrocardiográfica de alterações hidroeletrólíticas, assinale dentre as alternativas abaixo a que não está relacionada à hiperpotassemia:
- onda T em tenda e apiculada.
  - alargamento do complexo QRS.
  - fibrilação ventricular.
  - assistolia.
  - aumento da amplitude da onda P.

- 24.** Com relação à abordagem de um paciente com choque, assinale a alternativa **CORRETA**.
- a) No choque hipovolêmico, as extremidades estão frias, mucosas estão secas, diurese diminuída e o paciente apresenta turgência jugular.
  - b) A presença de terceira bulha em um paciente com choque indica tamponamento cardíaco, assim como a presença da tríade de BECK, que é representada por bulhas abafadas, pulso paradoxal e sinal de KUSSMAUL.
  - c) Na sepse, o paciente encontra-se febril, taquicárdico e taquipneico. A resistência vascular periférica aumentada com extremidades quentes e o débito cardíaco encontra-se aumentado com redução da pressão venosa central.
  - d) A presença de uma resistência vascular periférica elevada, débito cardíaco reduzido, pressão venosa central e pressão de oclusão capilar pulmonar elevada, podem sugerir a presença de choque cardiogênico.
  - e) No choque anafilático, encontramos uma resistência vascular periférica aumentada, com débito cardíaco reduzido e pressão venosa central aumentada.
- 25.** Em qual dos quadros clínicos abaixo pode-se ter Cor pulmonale agudo?
- a) Síndrome coronariana aguda.
  - b) Síndrome de angústia respiratória aguda (SARA).
  - c) Insuficiência cardíaca esquerda.
  - d) Hipervolemia.
  - e) Pericardite.
- 26.** Com relação a decisões que envolvem limitações de cuidados ou cuidados paliativos, assinale a alternativa **CORRETA**.
- a) É considerado antiético e ilegal limitar cuidados independente da situação clínica do paciente.
  - b) Para limitar cuidados, é necessário conhecimento das alternativas disponíveis pelo paciente e/ou representante legal e concordância da equipe médica cuidadora.
  - c) É vedado ao médico decidir por não reanimação cardiorrespiratória, caso a família discorde, mesmo em casos de morte encefálica.
  - d) Pacientes em morte encefálica só podem ter suporte mecânico de vida descontinuado, caso sejam doadores de órgãos.
  - e) Descontinuação de suporte à vida só pode ocorrer em casos de neoplasias em fase de terminalidade.
- 27.** Qual a superfície de área queimada em paciente que se apresenta com queimaduras de segundo e terceiro grau na parte anterior do tórax e abdômen?
- a) 9%;
  - b) 18%;
  - c) 27%;
  - d) 36%;
  - e) 45%.
- 28.** Em relação ao tratamento de paciente com quadro de pneumonia comunitária, assinale a alternativa **CORRETA**.
- a) Deve-se colher cultura respiratória e iniciar tratamento empírico com cobertura ampla para gram positivos e negativos.
  - b) Todo paciente com febre e taquipneia (frequência respiratória > 20 inspirações por minuto) deve ser hospitalizado em ambiente de UTI pelo alto risco de complicações, de acordo com o escore de CURB-65.
  - c) Uso de antibiótico nos últimos três meses é fator de risco para pneumonia por germe resistente.
  - d) A falha terapêutica da antibioticoterapia é considerada, após 24 horas de seu início, na ausência de melhora do quadro clínico do paciente.
  - e) A tomografia de pulmão está indicada em casos de ausência de melhora clínica nas primeiras 24 horas.

29. Quais são os novos parâmetros para definição de casos de sepse no setor de emergência, segundo as recomendações mais recentes?
- SIRS  $\geq 2$  + escore SOFA  $\geq 2$  pontos.
  - Presença de infecção + quickSOFA  $\geq 2$  critérios.
  - Presença de infecção + escore SOFA  $\geq 2$  pontos.
  - SIRS  $\geq 2$  + quickSOFA  $\geq 2$  critérios.
  - Presença de infecção + quickSOFA  $\geq 3$  critérios.
30. Com relação ao diagnóstico de sepse e choque séptico, assinale a alternativa **CORRETA**.
- Sepse caracteriza-se por processo infeccioso que se acompanha de disfunção orgânica.
  - Choque séptico caracteriza-se pela persistência de hipotensão após ressuscitação volêmica (requerendo vasopressor) e elevação de lactato.
  - Remoção do foco infeccioso, antibioticoterapia e coleta de culturas são essenciais para o bom prognóstico.
- Alternativas I e III estão corretas.
  - Alternativas I e II estão corretas.
  - Alternativas II e III estão corretas.
  - Somente alternativa III está correta.
  - Todas as alternativas estão corretas.
31. Durante o atendimento às emergências cardiovasculares, são considerados ritmos chocáveis, **EXCETO**:
- Fibrilação ventricular.
  - Assistolia.
  - Taquicardia ventricular sem pulso.
  - Fibrilação atrial de alta resposta associada à hipotensão.
  - Taquicardia supraventricular com dor torácica.
32. Você é chamado para atender um paciente que teve uma queda na enfermaria. Ao chegar, o paciente encontra-se deitado no leito e refere tontura e sensação de que vai desmaiar. PA: 87/42mmHg. Você faz um ECG que revela o ritmo abaixo. Qual o diagnóstico eletrocardiográfico e qual sua conduta?



- Bloqueio atrioventricular do primeiro grau – marcapasso.
- Bloqueio atrioventricular total – atropine.
- Bloqueio atrioventricular total – marcapasso.
- Bloqueio atrioventricular segundo grau tipo II – atropina.
- Ritmo juncional – Dopamina.



33. Homem de 85 anos, em uso de anticoagulação oral por arritmia cardíaca, sofreu queda da própria altura com TCE leve. Nos dois meses seguintes à queda, a família vem percebendo dificuldade progressiva para a marcha e, só após esse período, resolveram levá-lo ao hospital. Ao exame, você identifica hemiparesia esquerda proporcionada força grau 3. A tomografia de crânio está alterada. Dentre as opções descritas a seguir, qual é a alteração que você espera encontrar na tomografia que justifica todo o quadro do paciente?
- Hematoma extradural.
  - Hematoma subdural crônico.
  - Acidente vascular encefálico isquêmico.
  - Acidente vascular encefálico hemorrágico.
  - Lesão axonal difusa.
34. Para o tratamento da colite leve associada ao *Clostridium difficile*, qual das alternativas abaixo apresenta o antibiótico mais indicado?
- Ciprofloxacino.
  - Clindamicina.
  - Cefalotina.
  - Cefotaxima.
  - Metronidazol.
35. Idosa, 71 anos, submetida à laparotomia de urgência por volvo de sigmóide. Qual a melhor opção de antibiótico profilático?
- Ceftriaxona.
  - Cefoxitina.
  - Cefazolina.
  - Metronidazol.
  - Amicacina.
36. Um paciente de 35 anos, chega no Pronto-Socorro com quadro de febre, tosse produtiva há dois dias evoluindo com dispneia. A ausculta revela crepitos nos 2/3 inferiores do hemitórax direito. PA: 110/70mmHg, FC: 100 bpm, FR: 24 irpm, Saturação arterial de oxigênio 88% em ar ambiente. Qual das alternativas abaixo melhor reflete o diagnóstico deste paciente?
- Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica – SIRS.
  - Pneumonia comunitária não complicada.
  - Sepse por Pneumonia.
  - Síndrome da angústia respiratória aguda – SARA.
  - Choque séptico por pneumonia.
37. Qual melhor esquema para antibioticoterapia empírica para o paciente da questão acima?
- Ceftriaxona e Azitromicina.
  - Imipenem e Vancomicina.
  - Ceftriaxona e Oxacilina.
  - Ciprofloxacino e Clindamicina.
  - Cefepime.
38. Com relação ao atendimento de um paciente no Pronto-Socorro com quadro de crise convulsiva, assinale a alternativa **CORRETA**.
- Alterações nos níveis de sódio, glicose, cálcio podem precipitar crises convulsivas.
  - O haloperidol eleva o limiar convulsivo tendo efeito protetor nesses casos.
  - A difenilhidantoina é a droga de escolha, a dose de hidantalização é de 20mg/kg e deve ser aplicada em bolus de 5 minutos.
  - O uso de midazolam EV é superior ao diazepam para controle da crise convulsiva.
  - O tiopental está indicado caso ocorram duas crises convulsivas em menos de uma hora.

39. Ao atender um paciente de 35 anos, admitido queixando-se da pior cefaleia de sua vida, refratária à medicação usual para dor, acompanhada de pico hipertensivo (200/110mmHg), deve-se ter a suspeita de:
- Acidente vascular isquêmico, iniciar AAS e realizar CT de crânio.
  - Acidente vascular hemorrágico com hematoma intraparenquimatoso típico de quadros hipertensivos, iniciar nitroprussiato de sódio para normalização dos níveis pressóricos e realizar CT de crânio.
  - Hematoma subdural secundário a trauma antigo e realizar CT de crânio.
  - Hematoma epidural espontâneo e realizar CT de crânio.
  - Hemorragia subaracnóide por ruptura de aneurisma e realizar CT de crânio.
40. A tuberculose pulmonar é a forma mais frequente de apresentação da doença. Das formas extrapulmonares, qual é a mais frequente?
- Pericárdica.
  - Pleural.
  - Intestinal.
  - Linfática.
  - Peritoneal.
41. Em pacientes com quadro de choque refratário à reposição volêmica adequada, devemos pesquisar as seguintes causas potencialmente ocultas:
- Síndrome coronariana.
  - Insuficiência adrenal relative.
  - Pneumotórax.
  - Trauma raquimedular.
  - Todas acima.
42. Paciente chega ao Pronto-Socorro com níveis pressóricos elevados e lesão de órgão alvo, com risco iminente de morte, caracterizando uma emergência hipertensiva. É considerada lesão de órgão alvo:
- Insuficiência cardíaca congestiva.
  - Hemorragia subaracnoideo.
  - Aneurisma de aorta sem dissecação.
  - AVE isquêmico antigo.
  - Edema de membros inferiores.
43. Não é causa comum de derrame pleural no Serviço de Urgência:
- Insuficiência cardíaca.
  - Neoplasias.
  - Embolia pulmonary.
  - Amiloidose.
  - Pneumonia.
44. O delirium ou estado confusional agudo é um distúrbio da consciência geralmente sem sinais localizatórios, comum no Pronto-Socorro, principalmente em pacientes idosos. Marque a alternativa **INCORRETA**.
- Diagnóstico prévio de demência e imobilidade no leito aumentam a incidência do delirium.
  - Se o paciente apresentar tremores de extremidades e mioclonias, o diagnóstico de delirium está descartado.
  - A presença de delirium piora o prognóstico, aumentando a morbidade e mortalidade.
  - Exames laboratoriais são importantes para esclarecer a causa do distúrbio neurológico, como alterações eletrolíticas, insuficiência hepática ou uremia.
  - O tratamento deve ser feito com medidas ambientais, comportamentais e medicações para controle de agitação.
45. Fazem parte do quadro de síndrome nefrótica, **EXCETO**:
- Anasarca.
  - Hipoalbuminemia.
  - Proteinúria maciça.
  - Dislipidemia.
  - Ureia > 100mg/dL.

46. Qual dos seguintes pares de valores é mais compatível com a gasometria arterial de um paciente com insuficiência renal aguda?
- pH 7,20 e bicarbonato 25.
  - pH 7,52 e lactato 6.
  - pCO<sub>2</sub> 18 e bicarbonato 8.
  - pH 7,40 e pCO<sub>2</sub> 35.
  - pH 7,10 e pCO<sub>2</sub> 60.
47. São antibióticos indicados para o tratamento de infecções por germes gram negativos multirresistentes, **EXCETO**:
- Vancomicina.
  - Meropenem.
  - Amicacina.
  - Polimixina.
  - Tigeciclina.
48. Diante de um quadro de desidratação aguda decorrente de vômitos incoercíveis, observa-se distúrbio eletrolítico e ácido-básico, caracterizado mais comumente por:
- Hiponatremia e acidose metabólica.
  - Hipernatremia e acidose respiratória.
  - Hipocloremia e alcalose metabólica.
  - Hipopotassemia e acidose respiratória.
  - Hiperpotassemia e acidose metabólica.
49. Paciente procura o Pronto-Socorro com queixas de palpitação, mal-estar e confusão mental. Tem antecedente de hipertensão arterial. No exame físico, o pulso era de 168 bpm, apresentava cianose periférica e pressão arterial de 80x40 mmHg, com leves estertores crepitantes em bases pulmonares. O ECG foi compatível com fibrilação atrial. Assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta para este caso:
- Massagem carotídea.
  - Betabloqueador para controle da frequência.
  - Anticoagulação plena imediata.
  - Cardioversão elétrica.
  - Solicitar exames de imagem e laboratório para pesquisar a causa da arritmia.
50. Paciente tabagista de 65 anos é encontrado desmaiado em casa, levado à UPA, onde chega agitado, sudorético e queixando-se de dor precordial. O seguinte ECG é realizado como parte da avaliação inicial, no qual podemos observar:

- IAM antero-lateral.
- Fibrilação atrial de alta resposta.
- Taquicardia ventricular.
- Flutter atrial.
- Bloqueio átrio-ventricular total.

