

1. Homem, 52 anos, submetido à gastrectomia parcial com reconstrução a B"II", evolui com síndrome da alça aferente. Esta complicação pós-operatória pode estar associada a:
- hipovitaminose D
 - anemia ferropriva
 - hipocalcemia
 - anemia megaloblástica
2. Diarreia, hipopotassemia, hipocloridria e acidose metabólica são associadas ao seguinte tumor pancreático:
- insulinoma
 - VIPoma
 - glucagonoma
 - somatostinoma
3. Mulher, 30 anos, submetida à colecistectomiavideolaparoscópica, há um ano, por colecistite aguda litiásica. A cirurgia foi difícil e demorada. Há duas semanas icterícia associada a episódios de febre, dor em hipocôndrio direito e fosfatase alcalina elevada. A hipótese diagnóstica mais provável é:
- colangite esclerosante
 - colestase pós-operatória
 - coledocolitíase primária
 - estenose cicatricial da via biliar
4. Mulher, 27 anos, com dor lombar à esquerda há três dias. No momento, assintomática. Tomografia computadorizada (TC) de abdome: cálculo em ureter distal, localizado na junção ureterovesical esquerda, medindo 0,6 cm, sem dilatação ipsilateral do trato urinário. Exames de urina e urocultura negativas. A conduta mais adequada, neste momento, é:
- implantes endoscópico de cateter duplo J
 - terapia medicamentosa expulsiva
 - ureterolitotripsiatransureteroscópica semirrígida
 - litotripsia extracorpórea por ondas de choque
5. A localização mais frequente do volvo de cólon é no:
- cólon sigmoide
 - ceco distal
 - cólon transverso
 - cólon direito
6. O microorganismo mais comum encontrado nas colangites agudas é:
- Proteus mirabilis*
 - Bacteroides fragilis*
 - Clostridium perfringens*
 - Escherichia coli*
7. Para o controle do sangramento agudo devido a varizes gastroesofageanas, a intervenção que oferece melhor resultado é:
- administração de vasopressina associada a controle cirúrgico
 - realização de tamponamento com balão
 - uso de octreotida associado a controle endoscópico
 - colocação de shunt porto-sistêmico intra-hepático transjugular (TIPS)

8. Homem, 19 anos, com ferida por arma branca no mesogástrio é admitido na emergência com pressão arterial (PA) = 80 X 40mmHg; frequência cardíaca (FC) = 128bpm e frequência respiratória (FR) = 29irpm. Após infusão rápida de 1.000ml de cristalóide aquecido apresenta: PA = 90 X 50mmHg; FC = 120bpm e FR = 22irpm. A próxima conduta para este paciente é:

- a) TC de abdome
- b) laparotomia exploradora
- c) lavado peritoneal diagnóstico
- d) ultrassonografia abdominal (FAST)

9. O local em que mais frequentemente ocorre metástase de carcinoma de células renais é:

- a) fígado
- b) osso
- c) pulmão
- d) sistema nervoso central

10. Homem, 64 anos, em preparo pré-operatório para colecistectomiavideolaparoscópica. A radiografia de tórax mostra estrutura arredondada com hidraéreo: nível



- a) circundando a imagem cardíaca compatível com hidropneumopericárdio
- b) superpondo-se à imagem cardíaca compatível com hérnia hiatal
- c) circundando a imagem cardíaca compatível com abscesso mediastinal
- d) projetando-se atrás da imagem cardíaca compatível com megaesôfago

11. Homem, 58 anos, submetido à hepatectomia direita. Durante a ressecção do segmento hepático, o CO₂ expirado reduz abruptamente de 35 para 18 mmHg. A principal suspeita diagnóstica é:

- a) infarto do miocárdio
- b) hiperventilação
- c) embolia gasosa
- d) hipovolemia

12. O retorno da circulação espontânea durante as manobras de reanimação cardiopulmonar pode ser previsto pela monitorização do CO₂ expirado, quando este for maior do que:

- a) 10 mmHg
- b) 20 mmHg
- c) 30 mmHg
- d) 40 mmHg

13. Mulher, 44 anos, sofre queimadura de 45% de área corporal e será submetida à desbridamento cirúrgico de urgência. Realizada indução anestésica com propofol, cetamina e succinilcolina. Evoluiu logo em seguida com fibrilação ventricular e óbito. A causa mais provável da arritmia é:

- a) hipercalemia
- b) hipermagnesemia
- c) hipercalcemia
- d) hipernatremia

14. Em relação a pressão de oclusão da artéria pulmonar, pode-se afirmar que:

- a) se correlaciona com a pressão diastólica final do ventrículo esquerdo
- b) possui o mesmo significado fisiológico da pressão capilar pulmonar
- c) está reduzida em pacientes com insuficiência ventricular esquerda
- d) prediz de maneira acurada a responsividade a fluidos

15. Na classificação de risco cardíaco perioperatório de Goldman, o parâmetro que mais pontua é:

- a) infarto do miocárdio recente
- b) idade > 70 anos
- c) cirurgia de emergência
- d) presença de B3 à ausculta cardíaca

16. Homem, 47 anos, com diagnóstico de angina estável aos médios esforços. Admitido com quadro clínico de abdome agudo, sendo indicada laparotomia exploradora de urgência. A classificação de estado físico da *American Society of Anesthesiologists* (ASA), para esse paciente é:

- a) 2
- b) 2E
- c) 3
- d) 3E

17. Mulher, 78 anos, com pneumonia comunitária grave, necessita de intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva. Parâmetros do ventilador: modo controlado, frequência respiratória= 24 irpm, volume corrente (VC)= 6 ml/Kg, FiO₂=100% e pressão positiva no final da expiração (PEEP) =12 cmH₂O. A gasometria arterial colhida a seguir mostra: pH=7.20, PaCO₂= 32 mmHg e PaO₂= 54 mmHg. O mecanismo fisiopatológico da hipoxemia é:

- a) hipoventilação
- b) distúrbio ventilação-perfusão
- c) distúrbio de difusão
- d) *shunt*

18. Paciente com trauma cranioencefálico (TCE) abre os olhos ao estímulo doloroso, responde às solicitações verbais de forma confusa e localiza a dor. O escore para esse paciente, no momento, pela *Escala de Coma de Glasgow* é:

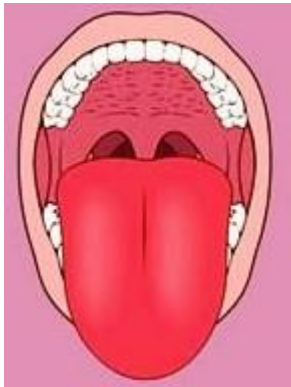
- a) 09
- b) 10

- c) 11
- d) 12

19. Lactente, 11 meses, será submetido à cirurgia eletiva de hiorrafia inguinal bilateral e postectomia. O jejum, em horas, indicado para aleitamento materno é de:

- a) 8
- b) 6
- c) 4
- d) 2

20. Na avaliação da via aérea de um paciente, no consultório pré-anestésico, observa-se:



A classificação de Mallampaticorrespondente é:

- a) II
- b) III
- c) IV
- d) I

21. Mulher, 48 anos, há três meses inicia dor no pescoço associada à paresia do membro superior direito. Alguns meses após, o membro inferior direito se torna parético seguido do membro inferior esquerdo e por último do membro superior direito. A apresentação sugere a síndrome de:

- a) artéria espinhal anterior
- b) forame magno
- c) central da medula cervical
- d) *Brown-Sequard*

AS QUESTÕES 22 E 23 SÃO REFERENTES AO ENUNCIADO ABAIXO:

22. Homem, 50 anos, há uma semana com cefaleia e sensação de múltiplas facadas de forte intensidade, de localização temporal unilateral, com duração em torno de 10 segundos, associadas a hiperemia conjuntival e lacrimejamento. O diagnóstico provável da cefaleia é:

- a) migrânea
- b) cefaleia tipo cluster
- c) hemicrania paroxística
- d) SUNCT/SUNA

23. Após o diagnóstico correto está indicado

- a) RM crânio, eletroencefalograma EEG) e início de lamotrigina
- b) avaliação hormonal da tireoide e hipófise e início de amitriptilina
- c) ressonância magnética (RM) crânio, avaliação hormonal da hipófise e início de lamotrigina
- d) EEG, avaliação hormonal da hipófise e início de nortriptilina

24. No tratamento do estado de mal convulsivo, após o uso de diazepam e fenitoína, o anticonvulsivante que pode ser utilizado por via endovenosa é:

- a) ácido valpróico
- b) topiramato
- c) carbamazepina
- d) gabapentina

25. As localizações típicas de hemorragias intracranianas hipertensivas são:

- a) lobo occipital e bulbo
- b) tálamo e ponte
- c) lobo frontal e mesencéfalo
- d) lobo temporal e núcleo caudado

26. Sobre a síndrome de Guillain-Barré, é CORRETO afirmar que:

- a) anticorpos anti-GB1b são encontrados frequentemente
- b) a maior parte dos casos ocorre após vacinações
- c) acometimento do sistema nervoso autonômico é comum
- d) os achados típicos do líquido cefalorraquiano são pleocitoselinfocítica e níveis de proteínas < 40mg/dl

27. Mulher, 50 anos, há dois dias, apresenta febre, cefaleia e vômitos. Exame físico: rigidez de nuca. Exame do líquido cefalorraquiano: 2000 células/mm³, proteína 115mg/dl e glicose 20mg/dl. O tratamento empírico de escolha neste caso é:

- a) aciclovir
- b) ceftriaxone e vancomicina
- c) rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol
- d) anfotericina b

8. Homem, 55 anos, alcoólatra, com confusão mental, oftalmoplegia e ataxia há dois dias após vários episódios de vômitos. O diagnóstico mais provável está relacionado com a deficiência de:

- a) tiamina
- b) piridoxina
- c) cianocobalamina
- d) niacina

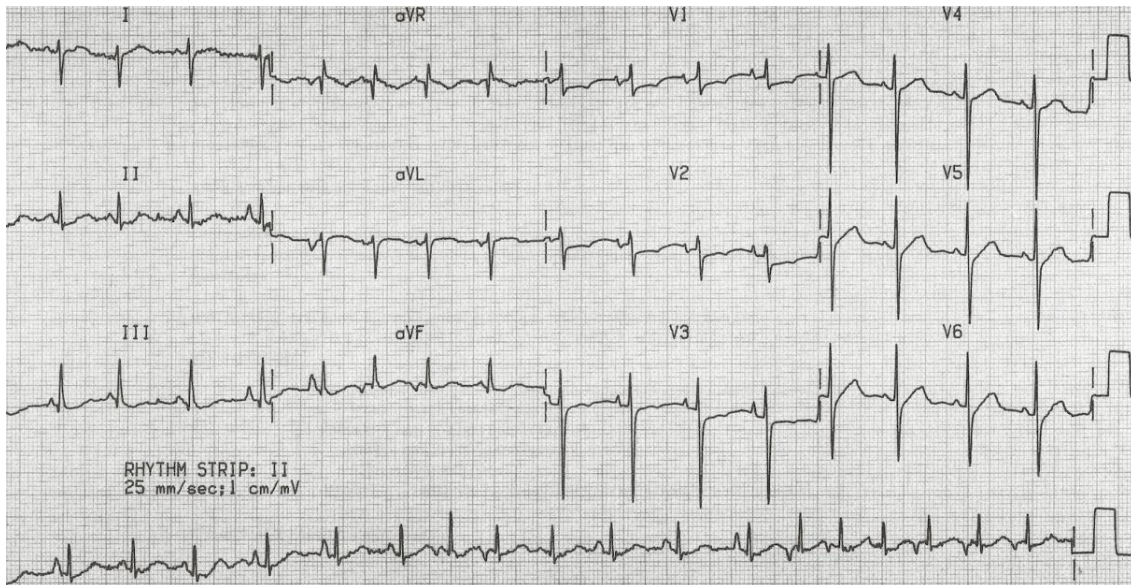
29.A manifestação clínica, classicamente relacionada à doença cerebrovascular de pequenos vasos é:

- a) diplopia
- b) afasia motora
- c) negligência espacial
- d) hemiparesia

30. Mulher, 55 anos, em tratamento para transtorno bipolar do humor, com uso de ácido valpróico 1000mg/dia. Inicia há dois meses, carbonato de lítio 600mg/dia (o último nível sérico= 0,7 mEq/L) e haloperidol 20mg/dia para tratamento de episódio maníaco que não respondeu ao ácido valpróico. Evolui com febre de 39°C e desorientação. Exame clínico: rigidez muscular e FC= 120bpm. Infecção é descartada. A hipótese diagnóstica mais provável e a conduta melhor indicada são:

- a) intoxicação por lítio. Interrupção do uso do estabilizador do humor e início de clonazepam e prometazina
- b) síndrome neuroléptica maligna. Interrupção do uso do antipsicótico e início de hidratação venosa, diazepam e dantrolene
- c) síndrome serotoninérgica. Interrupção do uso do antipsicótico e início de hidratação oral e clonazepam
- d) distonia aguda. Interrupção do uso antipsicótico e início de clonazepam e olanzapina

31. O ritmo presente no eletrocardiograma abaixo é de:



- a) flutter atrial
- b) fibrilação atrial
- c) taquicardia sinusal
- d) taquicardia atrial multifocal

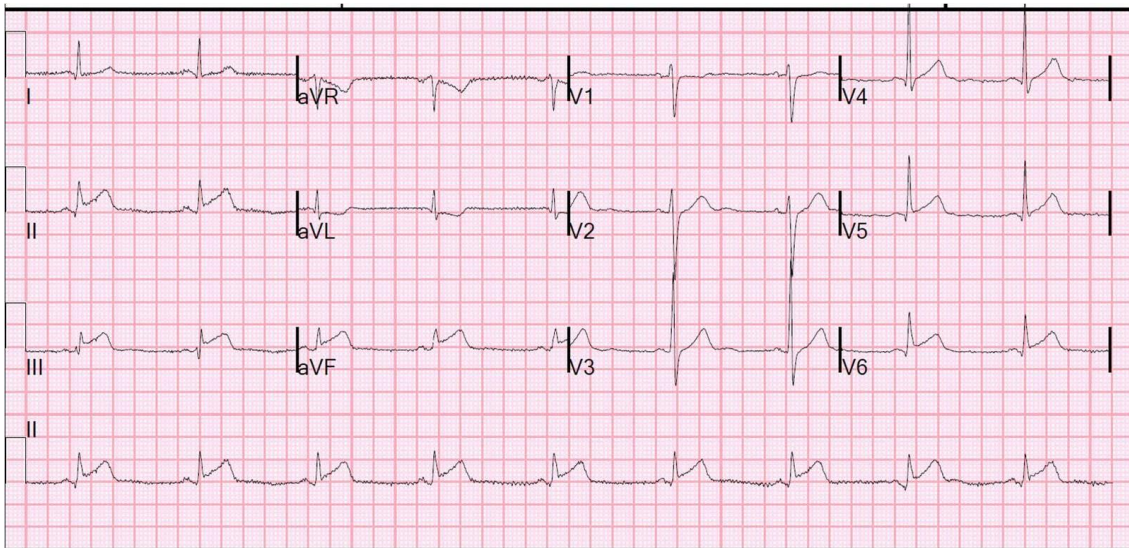
32. Mulher, 58 anos, relata dor torácica retroesternal, em aperto, de início há 90 minutos, associada à dispneia, que começou logo após ser informada do falecimento de seu irmão. Nega qualquer sintoma prévio ou uso de medicamentos. Exame físico: taquidispneica em ar ambiente, sudoreica, corada, acianótica, frequência cardíaca (FC) = 120 bpm; pressão arterial (PA) = 118 x 64mmHg. Murmúrio vesicular (MV) com crepitações até os 2/3 superiores bilateralmente. Ritmo cardíaco regular (RCR) em três tempos (B3), bulhas normofonéticas, sem sopros ou turgência jugular patológica a 90°. ECG de entrada com supradesnivelamento (supra) de 2mm do segmento ST de V1-V4. Ecocardiograma (ECO) transtorácico mostra disfunção sistólica moderada do ventrículo esquerdo (VE), com acinesia anterio-apical e hipercinesia das regiões basais. Coronariografia de urgência mostra lesão de 70% no 1/3 médio da coronária direita, sem outras obstruções. O diagnóstico mais provável é:

- a) infarto agudo do miocárdio (IAM) de parede anterior com supra de ST
- b) miocardiopatia adrenérgica ("Takotsubo")
- c) angina de Prinzmetal
- d) dissecação aórtica

33. Mulher, 68 anos, hipertensa e diabética, com diagnóstico de IAM com supra de ST de parede anterior, em Killip II. É submetida à angioplastia primária com *stent* farmacológico da artéria descendente anterior (DA) com delta T de três horas e obtém sucesso angiográfico. A lesão de 40% na coronária direita (CD) não é abordada. Evolui no pós-procedimento com estabilidade hemodinâmica, sendo mantida apenas com ticagrelor, devido a passado de alergia a aspirina. ECO pós-procedimento mostra disfunção sistólica leve do VE e o ECG revela redução do supra de ST. Doze horas após o procedimento evolui com dor torácica seguida de rebaixamento do nível de consciência, instabilidade hemodinâmica e necessidade crescente de aminas vasopressoras. Novo ECG mostra aumento do supra de ST na parede anterior. O diagnóstico mais provável e sua respectiva conduta terapêutica são:

- a) embolia pulmonar / trombólise sistêmica com rt-PA
- b) trombose aguda de *stent* / coronariografia de emergência e angioplastia intra-*stent* na DA
- c) infarto agudo do miocárdio (IAM) associado à lesão na coronária direita / coronariografia de emergência e angioplastia da CD
- d) pericardite pós-infarto / aspirina em dose anti-inflamatória

34. Homem, 60 anos, tabagista e com hipertensão arterial sistêmica (HAS) em tratamento irregular, refere dor torácica súbita retroesternal com irradiação para o pescoço, que começou ao tentar levantar um armário em sua casa há cerca de duas horas. Exame físico: fácies de dor aguda, pálido, taquidispneico e sudoreico. Frequência respiratória (FR) = 32irpm; FC= 55bpm; PA= 102 x 68mmHg no membro superior esquerdo e 80x50mmHg no membro superior direito, MV com crepitações em ambas as metades inferiores. RCR em 3T (B3), bulhas hipofonéticas, sopro diastólico em borda esternal esquerda 2+/6+, turgência jugular patológica a 90°. Abdome flácido, discretamente doloroso no hipocôndrio direito. Membros inferiores com pulsos pediosos filiformes. Eletrocardiograma (ECG) abaixo:



A conduta mais adequada é:

- intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva, suporte hemodinâmico com vasopressores, realizar ECO transesofágico e considerar cirurgia de emergência
- ventilação não-invasiva, administrar AAS, heparina de baixo peso molecular, realizar trombólise com alteplase, suporte hemodinâmico com dobutamina
- ventilação não-invasiva, administrar AAS, clopidogrel, iniciar suporte hemodinâmico com dobutamina, realizar angioplastia primária, se factível, em até 120 minutos após o primeiro atendimento
- intubação orotraquealventilação mecânica invasiva, suporte hemodinâmico com reposição volêmica e vasopressores, inserir o balão intra-aórtico, realizar ecocardiogramatranstorácico e cirurgia de emergência

35. Homem, 27 anos, cirrose hepática sem etiologia definida, com desorientação aguda, disartria, incoordenação, tremores. Endoscopia digestiva alta (EDA) com varizes de esôfago sem estigmas de sangramento. Infecção é descartada pelos exames laboratoriais e há presença de glicosúria e aminoacidúria. Ressonância magnética (RM) de crânio: imagem ponderada em T2 e nos cortes axiais, hiperintensidade de sinal nos gânglios da base e tálamo. O exame que pode contribuir para esclarecimento da principal hipótese diagnóstica é:
- a) dosagem de tirosina sérica
 - b) teste genético para mutação C282Y
 - c) dosagem de FAN e anti-LKM
 - d) exame oftalmológico com lâmpada de fenda
36. Homem, 55 anos, evolui, de maneira insidiosa nos últimos seis meses, com desconforto abdominal, esteatorrêia e perda de 4 kg no período. Relata também, quadros repetidos de poliartalgias simétricas, migratórias e de curta duração há cerca de três anos sem esclarecimento diagnóstico. O exame físico é normal. Solicitada EDA que evidencia na segunda porção duodenal espessamento de pregas, exsudatos esbranquiçados confluentes com erosões e friabilidade de mucosa. São realizadas biópsias duodenais. Espera-se encontrar no exame histopatológico:
- a) acúmulo de eosinófilos
 - b) hiperplasia de criptas com atrofia vilositária
 - c) identificação de *Strongyloides*
 - d) presença de macrófagos com inclusões PAS positivos
37. Homem, 57 anos, diabético, há um ano com episódios de dor abdominal de média intensidade e diversas idas ao Pronto Socorro sendo feito diagnóstico de pancreatite aguda. Ecoendoscopia evidencia aumento difuso do pâncreas com estreitamento e irregularidade do ducto pancreático. Punção do local revela importante infiltrado linfoplasmocitário, com densa fibrose em torno do ducto pancreático. O diagnóstico provável é:
- a) fibrose cística
 - b) linfoma pancreático
 - c) pancreatite autoimune
 - d) neoplasia papilar intraductal
38. Homem, 65 anos, hipertenso, diabético, alcoólatra e obeso, com sepse urinária por *Escherichia coli*, necessita de intubação orotraqueal e aminas vasopressoras devido a choque séptico. Exames laboratoriais: hematócrito (HTc) = 32%, hemoglobina(Hb) = 11 g%, TGO = 1250U/L, TGP = 1170 U/L, albumina = 3,3 g%, bilirrubina total (BT) = 2,0mg/dL (direta= 1,2mg/dL e indireta = 0,8mg/dL). Em relação ao quadro hepático, o provável diagnóstico é:
- a) hepatite isquêmica
 - b) hepatite alcoólica agudizada
 - c) colangite aguda supurativa
 - d) hepatite C agudizada
39. Na avaliação da injúria renal aguda, em paciente que foi submetido recentemente a troca de válvula mitral com *by-pass* cardiopulmonar, o achado no sedimento urinário sugestivo de embolia por colesterol como causa da insuficiência renal aguda é:
- a) cilindros hialinos
 - b) eosinofílica
 - c) cilindros leucocitários
 - d) cristais de oxalato de cálcio

40. Paciente com hiperaldosteronismo primário apresenta:

- a) acidose metabólica
- b) hipercalemia
- c) redução dos níveis de renina
- d) hiponatremia

41. Mulher, 30 anos, tem infecções estafilocócicas de repetição com seis episódios de celulite no último ano. Para a descolonização da paciente, com o objetivo de reduzir o número de infecções em curto prazo, está recomendado a aplicação de:

- a) neomicina nasal e banho com polivinilpirrolidona iodo por 7 dias
- b) mupirocina nasal e banho com clorexidinadegermante por 5 dias
- c) sulfadiazina nas regiões de dobras e rifampicina oral por 5 dias
- d) bacitracina nas regiões de dobras e cotrimoxazol oral por 7 dias

42. A persistência de talco nas mãos, após a retirada de luvas, requer a higienização das mãos com:

- a) solução iodada alcoólica
- b) álcool gel 70%
- c) água e sabão
- d) glutaraldeído sódico

43. Jovem, 22 anos, apresenta quadro de celulite extensa e sepse em uso de vancomicina empírica. A hemocultura é positiva para *Staphylococcus aureus* sensível à meticilina. Com base nas práticas de uso racional de antimicrobianos, o antibiótico deve ser trocado por:

- a) ertapenem
- b) ceftarolina
- c) ampicilina
- d) oxacilina

44. Mulher, 80 anos, com diagnóstico de encefalopatia isquêmica, em cuidados domiciliares, é internada com quadro de febre há dois dias, sonolência e piora do padrão respiratório. A cuidadora nega internação no último ano e informa que houve aspiração de grande conteúdo gástrico há nove dias. Exame físico: sopro anfórico em terço médio do hemitóraxdireito. O antibiótico empírico a ser iniciado é:

- a) clindamicina
- b) secnidazol
- c) cotrimoxazol
- d) norfloxacin

45. Homem, 51 anos assintomático, realiza exame parasitológico de fezes para exame admissional em uma nova empresa. O exame detecta a presença de larvas de *Strongyloidesstercoralis*. O tratamento do paciente deverá ser realizado com:

- a) niclosamida
- b) mebendazol
- c) ivermectina.
- d) rifaximina

46. Mulher, 32 anos, apresenta febre (38°C), rashmaculopapular eritematoso em membros, com algumas vesículas e dor em joelho direito com sinais flogísticos no local. Ultrassonografia do joelho afetado: edema e derrame articular. Realizada punção aspirativa com saída de material purulento, semeado em cultura e exame direto, com inúmeros polimorfonucleares e alguns diplococos Gram-negativos. O tratamento da paciente deverá ser iniciado com:

- a) ceftriaxona + azitromicina
- b) cefazolina + gemifloxacin
- c) ampicilina + claritromicina

d) nitrofurantoína + imipenem

47. Homem, 60 anos, apresenta infecção associada a cateter venoso central no quinto dia de internação hospitalar. O mecanismo mais frequentemente envolvido para a ocorrência desta complicação é:

- a) migração da microbiota da pele, por via extraluminal
- b) infusão de líquidos contaminados, por via intraluminal
- c) invasão de microrganismos de curativo contaminado
- d) implante de êmbolos sépticos por via hematogênica

48. De acordo com a farmacodinâmica, os antibióticos beta-lactâmicos, devem ser prescritos na posologia que priorize:

- a) duração das concentrações acima da concentração inibitória mínima
- b) razão entre pico de concentração e a concentração inibitória mínima
- c) duração das concentrações durante o tempo de efeito pós-antibiótico
- d) razão entre as concentrações inibitória mínima e mínima bactericida

49. Homem, 54 anos, em pós-operatório tardio de resseção de tumor de bexiga, no oitavo dia de tratamento com piperacilina-tazobactam para pneumonia, apresenta febre, hipotensão e 5 episódios de diarreia de grande monta nas últimas 24 horas. Colonoscopia: inúmeras pseudomembranas na mucosa do cólon. O tratamento inicial da doença intestinal deste paciente deverá ser baseado na administração de:

- a) cotrimoxazol
- b) metronidazol
- c) gemifloxacina.
- d) caspofungina.

50. Na meningoencefalite criptocócica o dado no exame líquido que está relacionado a pior prognóstico é:

- a) hipotensão líquórica
- b) hipoproteinoraquia
- c) baixa celularidade
- d) micológico negativo