

Prova objetiva - 27/11/2022

ESTÁGIO ACADÊMICO

MEDICINA DE EMERGÊNCIA / RJ 2023

CLÍNICA MÉDICA

- 1. Homem, 27 anos, com asma controlada, faz atividade física regular e diária mas se queixa que não consegue atingir o nível de exercício desejado, apresentando "cansaço". A estratégia, neste caso, que oferece proteção e pode ser feita de forma regular é iniciar:**
antagonista do receptor de leucotrieno
beta-agonista de curta ação
beta-agonista de longa ação
corticoide inalatório
- 2. Homem, 45 anos, com diagnóstico de hepatite alcoólica grave inicia o uso de prednisolona 40 mg/d. No sétimo dia apresenta escore de Lille < 0,45. Em relação a prednisolona a conduta deve ser:**
manter por 28 dias
interromper
aumentar a dose
manter e associar imunossupressor
- 3. Homem, 68 anos, tabagista de 25 maços/ano, tem enfisema pulmonar com queixa de tosse persistente e dispneia progressiva. Os achados fisiopatológicos esperados na função pulmonar são capacidade:**
pulmonar total e capacidade residual funcional aumentadas e diminuição da capacidade vital forçada
residual funcional normal, capacidade pulmonar total diminuída e diminuição do volume expiratório forçado no 1º segundo
residual funcional diminuída, capacidade pulmonar total e volume residual normais
pulmonar total normal, capacidade residual funcional diminuída e capacidade vital forçada aumentada
- 4. Homem, 58 anos, diabetes mellitus (DM), é internado com pneumonia por SARS-CoV-2, necessitando de oxigenioterapia, corticoide sistêmico e antibioticoterapia não especificada. Recebe alta e 10 dias após retorna com DM descompensado, dor em palato e região de zigomático a direita associada a lesão necrótica em palato duro. Realizada TC de crânio com resultado de imagem hiperdensa em região de seio maxilar e fossa nasal a direita e em região de células etmoidais. O diagnóstico mais provável é:**
mucormicose
aspergilose
histoplasmosse
fusariose

Prova objetiva - 27/11/2022

ESTÁGIO ACADÊMICO

MEDICINA DE EMERGÊNCIA / RJ 2023

5. Homem, 48 anos, refere cefaleia retro orbital associada a hiperemia conjuntival, febre não aferida, mal estar geral e mialgia mais intensa em panturrilhas de início recente (cinco dias). Relata ter vacinado para febre amarela 15 dias antes do início dos sintomas. Trabalha em ambiente insalubre cuidando de suínos e bovinos. Exame físico: temperatura axilar = 38,3 °C, icterício +4+, PA = 150 x 80 mmHg, FC = 100 bpm. Presença de hiperemia conjuntival. Ausculta pulmonar com discretos estertores crepitantes em ambas as bases. Exame do abdome normal. Muita dor a palpação da região lombar e panturrilhas sem sinais flogísticos ou empastamento. Exame laboratoriais revelam leucocitose com desvio para esquerda, aumento da proteína C reativa, transaminases normais e discreto aumento da bilirrubina direta. Pensando na principal hipótese diagnóstica, a melhor abordagem terapêutica deve ser:
- amoxicilina via oral
- analgésicos e antitérmicos
- ciprofloxacina via oral
- interferon alfa peguilado subcutâneo
6. Mulher, 65 anos, é trazida para a emergência por familiares, com relato de ter apresentado quadro de alterações na fala e fraqueza em dimídio esquerdo, iniciado há cerca de 45 minutos. O exame neurológico mostra uma pontuação na escala do *National Institute of Health* (NIH) de 14. Segundo informações a paciente é hipertensa, diabética, com revascularização miocárdica há 3 (três) anos e foi submetida, há 28 dias, à uma histerectomia total. Exames laboratoriais: hemoglobina 11g/dL, Leucócitos 10.800 céls/mm³, plaquetas = 150.000/mm³ e glicemia = 108 mg/dL. Realiza a tomografia computadorizada (TC) de crânio abaixo:

Prova objetiva - 27/11/2022

ESTÁGIO ACADÊMICO

MEDICINA DE EMERGÊNCIA / RJ 2023



A conduta neste caso é indicar:

rtPA intravenoso na dose de 0,9mg/Kg
dupla antiagregação e estatinas
tenecteplase intravenoso na dose de 0,1mg/Kg
trombectomia

7. Homem, 37 anos, com história de exantema, prurido, febre não aferida e artralgia, que se resolveu em 72h com o uso de sintomáticos. Nove dias após apresenta parestesia em membros inferiores e superiores que evolui com fraqueza nos membros inferiores, impedindo a deambulação. Exame neurológico: orientado em tempo e espaço, pupilas isocóricas e fotorreagentes, com motilidade ocular extrínseca preservada. Força muscular grau V/V em membros superiores e grau III/V em membros inferiores. Reflexos bicipital, tricipital e estilorrádial grau II/IV; reflexos patelar e aquileu abolidos. Hipoestesia tátil e dolorosa nos quatro membros, com *padrão de bota e luva*. Hipopalestesia em membros inferiores, até o tornozelo. Exame do liquor: 2 células/mm³, proteína = 103 mg/dL e glicose = 74 mg/dL. O diagnóstico provável: **síndrome de Guillain-Barré**

Prova objetiva - 27/11/2022

ESTÁGIO ACADÊMICO

MEDICINA DE EMERGÊNCIA / RJ 2023

miastenia gravis
polineuropatia desmielinizante crônica
neuropatia motor multifocal

8. Ao examinar o precórdio de uma paciente na enfermaria, você ausculta ritmo cardíaco regular, com componente de P2 da segunda bulha maior que o componente A2, presença de 4ª bulha e sopro holossistólico em foco tricúspide. Essa ausculta corresponde à:
- hipertensão arterial pulmonar**
bloqueio de ramo direito
insuficiência mitral
defeito de septo atrial
9. Mulher jovem, apresenta trombocitopenia e insuficiência renal aguda. A equipe médica confirma o diagnóstico de púrpura trombocitopênica trombótica idiopática através dos níveis de atividade da metaloprotease ADAMTS 13 = 8%. A conduta terapêutica, neste caso, a ser iniciada é:
- plasmaférese**
pulsoterapia com corticóide
ácido tranexâmico
hemodiálise
10. Em paciente adulto, entre 50 e 80 anos, tabagista de 20 maços/ano, é recomendado o rastreamento para câncer de pulmão:
- anualmente**
a cada 2 anos
a cada 3 anos
a cada 5 anos
11. Mulher, 56 anos, iniciou há 3 anos quadro caracterizado por apatia, falta de interesse em executar atividades do dia a dia e isolamento social. Procurou atendimento com médico psiquiatra que atribuiu sintomas a depressão. Iniciado amitriptilina 50mg/dia sem melhora. Há dois anos evoluiu com exacerbação dos sintomas, quando passou apresentar delírios persecutórios, confabulações e alucinação visual. Acompanhante notou também que a paciente tinha dificuldades em se expressar e na compreensão de algumas palavras (com padrão de sono preservado). A paciente tem irmão com quadro cognitivo comportamental semelhante. O quadro clínico sugere:
- demência fronto temporal**
demência por corpos de Levy
doença de Creutzfeldt-Jakob
síndrome corticobasal
12. Homem, 48 anos, alcoolista e tabagista (15 maços/ano) e depressão, sem outras comorbidades, com dor abdominal intensa e difusa há aproximadamente 15 horas da

Prova objetiva - 27/11/2022

ESTÁGIO ACADÊMICO

MEDICINA DE EMERGÊNCIA / RJ 2023

admissão na emergência, associada a náuseas e vômitos e ausência de evacuações. Exame físico: em regular estado geral, lúcido e orientado no tempo e espaço, apresentando fáceis de dor e hipocorado (++)/4+). Abdome distendido, hipertimpânico à percussão, tenso e doloroso à palpação difusa, e sem sinais de irritação peritoneal. Frequência respiratória (FR) = 26 ipm, FC=120 bpm; PA = 138 x 100 mmHg e afebril. Realiza rotina de abdome agudo abaixo:



O provável diagnóstico é:

volvo de sigmoide
megacolon tóxico
diverticulite aguda
úlcera perfurada

13. Homem, 42 anos, dependente químico (álcool), é trazido ao serviço de emergência com dispneia e amaurose bilateral súbita ao despertar. No exame neurológico, observa-se amaurose bilateral, midríase bilateral, reflexo fotomotor ausente, linguagem sem alterações e sem déficits de força ou equilíbrio. Exames laboratoriais revelam acidose metabólica com anion gap = 29 mEq/L, glicemia = 180 mg/dL e sódio = 130 mEq/L. Evolui com rebaixamento súbito do nível de consciência, precisando ser transferido para a unidade de terapia intensiva, onde é indicado intubação orotraqueal e suporte ventilatório. TC de crânio evidencia lesões hipodensas acometendo de modo simétrico as regiões putaminais, sem efeito expansivo ou atrófico evidente. O provável diagnóstico é:

Prova objetiva - 27/11/2022

ESTÁGIO ACADÊMICO

MEDICINA DE EMERGÊNCIA / RJ 2023

intoxicação por metanol

cetoacidose alcoólica

acidente vascular encefálico isquêmico

encefalite viral

14. Homem, 54 anos, com cirrose hepática Child- Pugh classe A compensada, realiza endoscopia digestiva alta (EDA) para o rastreamento de varizes de esôfago. A recomendação, nos casos de doença hepática ativa, é repetir a EDA a cada:
- 2 anos**
3 meses
6 meses
1 ano
15. Homem, 35 anos, apresenta edema palpebral que evolui para anasarca associados à hipertensão arterial. Exames laboratoriais iniciais revelam: hemoglobina = 8,5 g/dL, albumina sérica = 2,5g/dL, creatinina = 1,3 mg/dL, glicose = 95 mg/dL, EAS com proteinúria (+++/4+) e hematúria (+/4+) e dosagem de proteína urinária = 3,4 g/24h. Evolui com dor lombar, piora da hematúria e da função renal. A principal hipótese diagnóstica é:
- trombose de veia renal**
pielonefrite enfisematosa
hematoma retroperitoneal
litíase renal
16. Mulher, 30 anos, retorna de viagem de avião (10 horas) com queixa de dispneia e tosse seca. Realiza teste rápido para Covid-19 - negativo. Evolui com piora da dispneia e dor torácica tipo pleurítica a direita. Tomografia de tórax revela derrame pleural a direita, sendo realizada toracocentese diagnóstica: líquido pleural com relação proteína líquido/proteína sérica > 0.5 e relação LDH líquido/LDH sérico > 0.6 e glicose >60mg/dL. Citologia, Gram e cultura negativas. Neste momento deve ser considerada a realização de:
- angiotomografia de tórax**
cineangiocoronariografia
biópsia pleural
toracoscopia
17. Mulher, 82 anos, apresenta dispneia progressiva associada à tosse, edema de membros inferiores e massa palpável e dolorosa em hipogástrio. Evolui em 1 (um) mês com aumento do edema, piora progressiva das escórias nitrogenadas (ureia de 35 para 143mg/dL e creatinina de 1,5 para 4,1mg/dL) e acidose metabólica, necessitando de hemodiálise. Tomografia computadorizada (TC) de abdome evidencia massa pélvica irregular de 21x16,4x21,7cm com calcificação e necrose em seu interior, com efeito de massa, comprimindo estruturas retroperitoneais, incluindo veia cava e ureteres, com

Prova objetiva - 27/11/2022
ESTÁGIO ACADÊMICO
MEDICINA DE EMERGÊNCIA / RJ 2023

hidronefrose discreta bilateral. É feito o diagnóstico de lesão renal aguda pós-renal cujos principais mecanismos fisiopatológicos envolvidos são:

aumento da pressão intratubular, vasodilatação da arteríola aferente seguida de vasoconstrição intrarrenal

aumento da pressão glomerular, vasoconstrição da arteríola aferente seguida do aumento da produção de óxido nítrico

diminuição da pressão intratubular e da função glomerular seguidas de vasodilatação intra-renal

diminuição da pressão intratubular, vasoconstrição da arteríola aferente seguida da diminuição da secreção de vasopressina

18. Homem, 59 anos, alcoolista e hipertenso em uso de hidroclorotiazida, anlodipina, amitriptilina e haloperidol é levado em coma para o hospital. Ao exame neurológico apresenta hiporreflexia profunda difusa e não apresenta sinais focais de lateralização. Ao exame laboratorial: leucócitos = 10.500 céls/mm³, hematócrito = 29 %, glicemia = 126 mg/dL, sódio = 122 mM/L e potássio = 2.9mM/L. Tomografia computadorizada (TC) de crânio é normal. Neste caso além da reposição de sódio deve-se:

repor potássio para auxiliar no aumento da concentração plasmática de sódio

obter controle glicêmico estrito para evitar o desenvolvimento de síndrome desmielinizante osmótica

indicar hemotransfusão para auxiliar na reversão da hiponatremia hipovolêmica

associar acetato de desmopressina e diurético de alça para reduzir os níveis de ADH

19. Homem, 62 anos, com hipertensão arterial sistêmica de longa data, apresenta níveis pressóricos elevados apesar do uso de 3 (três) medicações anti-hipertensivas incluindo o uso de diurético. Para ajudar na condução do caso, é importante, na coleta da história, afastar como causa da hipertensão resistente, o uso de:

anti-inflamatórios não esteroides

benzodiazepínicos

derivados do canabidiol

antagonistas da aldosterona

20. Homem, 68 anos, portador de cirrose hepática alcoólica, é atendido pela primeira vez no seu consultório com queixa de dor em região coxofemoral bilateral de longa data, devido à osteoartrose de quadril, com piora recente nas últimas semanas. Ele alega ser alérgico a dipirona e anti-inflamatório não esteroide e relata melhora com o uso regular de paracetamol. A recomendação em relação ao uso do paracetamol, nesse caso, é:

manter, não ultrapassando a dose de 2g/dia

suspender, em definitivo, devido ao risco de descompensação hepática

aumentar a dose, para otimizar a analgesia

desencorajar o uso, mas permitir dosagem máxima de 4g/d

Prova objetiva - 27/11/2022

ESTÁGIO ACADÊMICO MEDICINA DE EMERGÊNCIA / RJ 2023

MEDICINA DE EMERGÊNCIA

21. Paciente com história prévia de alergia a penicilina é trazido a emergência com história de briga ocorrida há cerca de 15 horas, quando recebeu várias mordidas levando a perda de substância em tronco e membros superiores. Decidido por antibioticoterapia profilática. A melhor opção é:

eritromicina

amicacina

amoxicilina

cefalotina

22. Os parâmetros hemodinâmicos que melhor caracterizam o tamponamento cardíaco são:

Legenda: PAD: pressão de átrio direito; PDVD: pressão diastólica de ventrículo direito; PCP: pressão capilar pulmonar; RVS: resistência vascular sistêmica; IC: índice cardíaco.

PAD(mmHg)	PDVD(mmHg)	PCP(mmHg)	RVS(dyn x s)/cm ⁵	IC (L/min)/m ²
20	20	15	2.500	0,8

PAD(mmHg)	PDVD(mmHg)	PCP(mmHg)	RVS(dyn x s)/cm ⁵	IC (L/min)/m ²
6	12	12	1.600	3,0

PAD(mmHg)	PDVD(mmHg)	PCP(mmHg)	RVS(dyn x s)/cm ⁵	IC (L/min)/m ²
18	4	5	1.100	2,0

PAD(mmHg)	PDVD(mmHg)	PCP(mmHg)	RVS(dyn x s)/cm ⁵	IC (L/min)/m ²
20	30	3	800	4,5

23. Paciente com diagnóstico de síndrome de veia cava superior grave, secundária a tumor *oat cell*. O tratamento que dará alívio mais imediato ao paciente é:

angioplastia por balão

radioterapia

quimioterapia

toracotomia exploradora

24. Paciente chega à emergência em choque hemodinâmico. A melhor ferramenta para identificar a sua causa é:

ultrassonografia *point of care*

ecocardiograma com color Doppler

endoscopia digestiva alta

Prova objetiva - 27/11/2022

ESTÁGIO ACADÊMICO

MEDICINA DE EMERGÊNCIA / RJ 2023

enzimas de necrose miocárdica

25. Mulher, 42 anos, submetida a gastroplastia redutora com Y-de-Roux há 10 meses. Chega ao setor de emergência em estado de franca confusão mental. Seu marido refere que a paciente vinha com dificuldade de andar nas últimas semanas e descreve a marcha como sendo atáxica. Exame físico: sinais vitais normais e escala de coma de Glasgow = 10 pontos e oftalmoplegia. A melhor conduta terapêutica, inclui a prescrição intravenosa de:

tiamina

Cálcio

vitamina C

glicose 50%

26. A higienização das mãos é das principais atitudes para a segurança do paciente que o profissional de saúde deve ter e infelizmente costuma ser muito negligenciada. Os momentos obrigatórios para a sua realização, conforme a Organização Mundial da Saúde, são:

antes e após contato com o paciente, antes da realização de procedimentos, após exposição a fluidos biológicos e após contato com áreas próximas ao paciente

antes do contato com o paciente, antes da realização de procedimentos, antes e após exposição a fluidos biológicos e antes do contato com áreas próximas ao paciente

antes e após contato com o paciente e seus acompanhantes, após a realização de procedimentos, antes da exposição a fluidos biológicos e antes do contato com áreas próximas ao paciente

após contato com o paciente e seus acompanhantes, antes da realização de procedimentos, antes da exposição a fluidos biológicos e antes do contato com áreas próximas ao paciente

27. Mulher, 65 anos, hipertensa e diabética tipo 2, diagnosticada há 20 anos e com pouca adesão ao tratamento. É internada no CTI com diagnóstico de infarto anterior extenso. Na madrugada 4ª (quarto) dia de internação apresenta o eletrocardiograma (ECG) abaixo:



O diagnóstico do ECG é:

fibrilação atrial

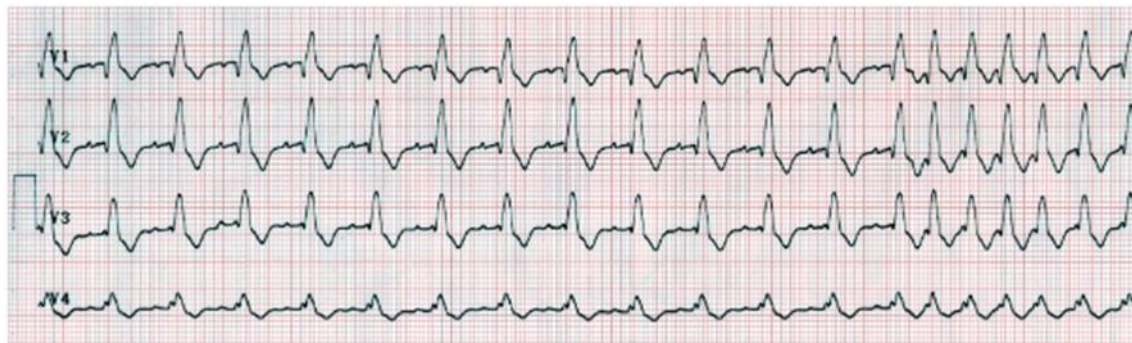
taquicardia sinusal

taquicardia paroxística supraventricular

flutter ventricular

28. Homem, 70 anos, apresenta o eletrocardiograma abaixo (sem modificação do exame nos últimos 5 anos). Queixa-se de “cansaço” e dispneia ocasional.

Prova objetiva - 27/11/2022
ESTÁGIO ACADÊMICO
MEDICINA DE EMERGÊNCIA / RJ 2023



O ecocardiograma evidencia volume de átrio esquerdo= 6,0 cm e volume atrial esquerdo= 70 mL/m². O restante do ecocardiograma é normal. A melhor conduta terapêutica é:

Metoprolol

Digoxina

Propafenona

Amiodarona

29. Jovem, 20 anos, diabético tipo 1, chega a emergência com dor abdominal, náuseas e vômitos com o aumento de poliúria, polidipsia e torpor, desde o dia anterior. Ele menciona que está sem insulina há 2 (dois) dias. Exame físico: apático, PA = 106/67 mmHg, FC = 123 bpm, FR = 32 irpm, e afebril. Exames laboratoriais: glicemia = 450 mg/dL, pH = 7.23, PaCO₂ = 25 mmHg, potássio = 2.9 mEq/L, sódio = 127 mEq/L e creatinina = 1.7 mg/dL. Após a reposição volêmica inicial, a infusão de insulina deve ser iniciada:

após a correção do potássio

após reposição de bicarbonato de sódio

após a correção do sódio

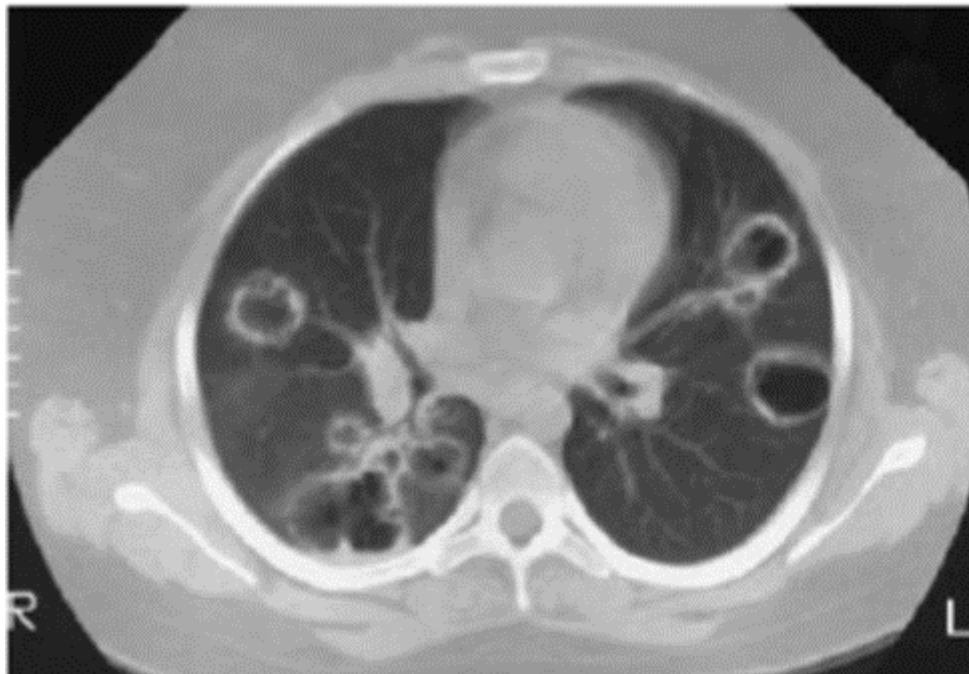
imediatamente

30. Homem, 40 anos, previamente hígido, dá entrada na emergência com quadro de dispneia intensa. Refere que há 3 (três) meses, iniciou rinorreia purulenta com raias de sangue, otalgia, tosse com hemoptoicos, dor pleurítica e hiperemia conjuntival purulenta. Exame físico: dor à compressão dos seios da face e púrpuras palpáveis disseminadas. A rinoscopia revela perfuração do septo nasal. Exames laboratoriais: presença de proteinúria. Realiza a tomografia computadorizada de tórax abaixo:

Prova objetiva - 27/11/2022

ESTÁGIO ACADÊMICO

MEDICINA DE EMERGÊNCIA / RJ 2023



O melhor tratamento para o paciente é:

ciclofosfamida

Prednisona

Azatioprina

Ciclosporina

31. Paciente jovem é trazido por amigos ao hospital por ter consumido, por via inalatória, dose elevada de heroína, com depressão do nível de consciência e respiratória. Após a administração de naloxona, o mesmo acorda e evolui com dispneia, presença de estertores crepitantes em ambos os pulmões e hipoxemia. O diagnóstico provável é:

edema pulmonar neurogênico

edema pulmonar cardiogênico

pneumonite por microbroncoaspiração

hemorragia pulmonar

32. Homem, 28 anos, vítima de acidente automobilístico há 3 horas. Taquipneico com dor torácica intensa durante a respiração. Encontra-se estável hemodinamicamente. Ao exame físico do tórax: presença de hematoma doloroso na região anterior, crepitação a palpação principalmente em região anterior e lateral esquerda, expansibilidade simétrica bilateralmente, murmúrio vesicular presente bilateralmente e presença de sinal de Hamman. Realiza TC de tórax abaixo:

Prova objetiva - 27/11/2022

ESTÁGIO ACADÊMICO

MEDICINA DE EMERGÊNCIA / RJ 2023



Os principais diagnósticos são:

pneumomediastino e enfisema de tecido celular subcutâneo

gangrena gasosa de parede torácica e bolhas subpleurais

pneumotórax hipertensivo e pneumomediastino

enfisema de tecido celular subcutâneo e pneumotórax encapsulado

33. Mulher, 36 anos, procura atendimento com queixa de mal-estar, dor cervical anterior irradiada para mandíbula e febre de 38,5° C há três dias. Relata sintomas gripais há cerca de 10 dias. Ao exame físico: tireoide discretamente aumentada de volume e bastante dolorosa à palpação, apresentando superfície lisa. Tendo em vista esse quadro, deve-se indicar:

antinflamatório não esteroide

medicação antitireoidiana

antiviral

antibiótico

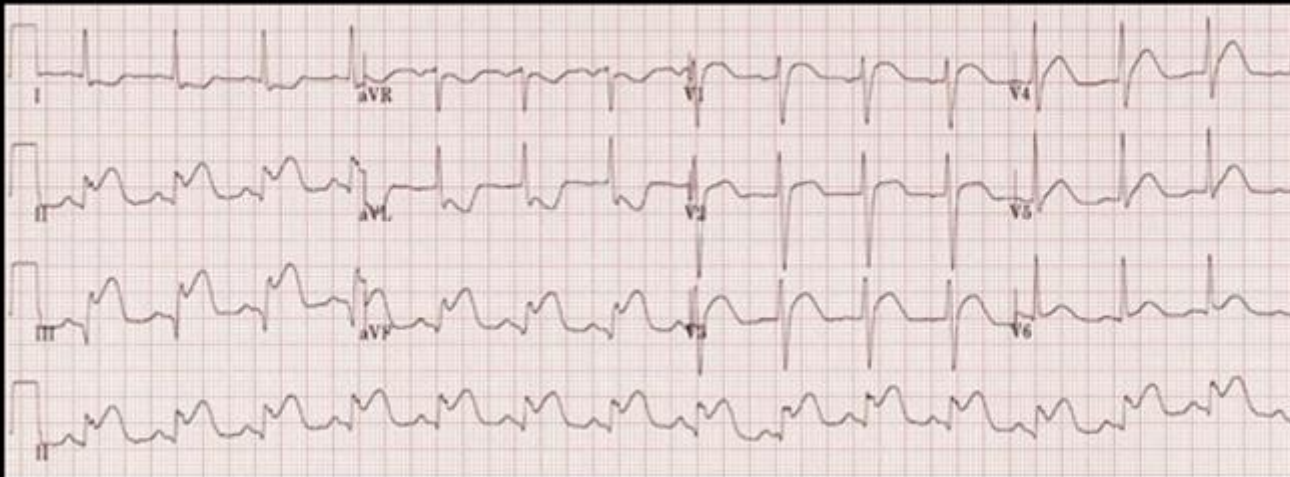
34. Você é plantonista da emergência de um hospital terciário plenamente equipado e admite um homem de 62 anos, portador de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2, em uso contínuo de candesartana

Prova objetiva - 27/11/2022

ESTÁGIO ACADÊMICO

MEDICINA DE EMERGÊNCIA / RJ 2023

8mg/dia, rosuvastatina 10mg/dia, metformina 2000mg/dia e dapagliflozina 10mg/dia, com dor precordial iniciada há cerca de 2 (duas) horas. A dor é mal localizada na região precordial, com característica em aperto e irradiada para ambos os membros superiores. Exame físico: ansioso, porém cooperativo, FC = 78 bpm, PA = 168 x 90 mmHg, SaTO2 = 97% em ar ambiente, ritmo cardíaco regular, pulsos isóbaros e isócronos, extremidades bem perfundidas e sem edemas, ruídos adventícios ou visceromegalias. Realizado o eletrocardiograma (ECG) abaixo:



Ao passar o caso para o hemodinamicista de plantão, você infere que a artéria coronária mais provavelmente culpada é:

coronária direita

descendente anterior

circunflexa

tronco da coronária esquerda

35. Você está de plantão na emergência examinando uma mulher com choque séptico de foco cutâneo admitida há 5 (cinco) horas. Ela está adequadamente ventilada, e apresenta PAM = 50mmHg após receber mais de 30ml/kg de cristaloides e 2 (dois) frascos de albumina humana intravenosa. De acordo com a campanha de sobrevivência a sepse de 2021, a conduta deve ser:

Iniciar noradrenalina

repetir a reposição com cristaloides com alvo de PAM em 55mmHg

iniciar dobutamina

hemotransfundir

Prova objetiva - 27/11/2022

ESTÁGIO ACADÊMICO

MEDICINA DE EMERGÊNCIA / RJ 2023

36. Homem, 50 anos, sem comorbidades, no 21º dia de pós-operatório de colectomia esquerda por adenocarcinoma de cólon, chega à emergência com queixa de febre alta (39°C) há 48h e dor torácica do tipo pleurítica na base esquerda de início há 72h. Exame físico com frequência cardíaca (FC)= 120 bpm, SatO₂ = 98%, pressão arterial (PA) =120x80 mmHg. Aparelho respiratório com redução do murmúrio vesicular (MV) na base esquerda. Presença de edema do membro inferior esquerdo. Pelos critérios de Wells modificado, o próximo passo na conduta é:

solicitar tomografia de tórax com angiotomografia de artérias pulmonares

colher culturas e começar antibióticos dentro de 1 hora

colher hemograma completo, proteína C reativa e Ddímero

solicitar Ddímero

37. Mulher, 66 anos, sem comorbidades, admitida na emergência com queixa de tosse, febre alta e dor torácica na base do pulmão direito há 24h. Exame físico: sonolenta, temperatura axilar (Tax) = 39°C, FC= 131bpm, frequência respiratória (FR)= 32 ipm, PA= 88x52mmHg e SatO₂ = 94% em ar ambiente. O plantonista solicita radiografia de tórax que evidencia consolidação na base direita e exames laboratoriais que mostram leucócitos = 35000 cel/mcl; Ureia =56mg/ml; proteína C reativa titulada= 32,80 mg/dl. Baseada na principal hipótese diagnóstica, o escore prognóstico a ser utilizado para definir a necessidade de hospitalização da paciente é:

CURB-65

Wells modificado

RASS

GRACE

38. Paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) descompensada e hipercapnia (paCO₂ > 45mmHg) chega à emergência acordado, cooperativo, com tosse eficiente e sem instabilidade hemodinâmica. A abordagem mais apropriada para reduzir a necessidade de intubação orotraqueal, tempo de internação e assim promover a redução da mortalidade desse paciente é:

uso da ventilação não invasiva

fisioterapia respiratória

nebulização com broncodilatador

uso de antibiótico precoce

39. Sobre o uso de oxigenoterapia suplementar na doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), é CORRETO afirmar que:

deve ser fornecido para manter a SatO₂ ≥90%

não altera a relação ventilação perfusão nos pulmões

é aceitável em qualquer nível de paO₂

não precisa ser fornecido mesmo com SatO₂ < 90%

40. Sobre a ventilação em modo pressão de suporte é CORRETO afirmar que é:

AVISO:

A ordem das questões apresentada neste PDF é para fins de publicação e pedidos de recurso quanto ao gabarito e não representa necessariamente a ordem em que o candidato visualizou em sua prova.

Prova objetiva - 27/11/2022

ESTÁGIO ACADÊMICO
MEDICINA DE EMERGÊNCIA / RJ 2023

ciclada a fluxo

disparada por tempo

limitada a volume

controlada a fluxo