



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

MISSÃO INSTITUCIONAL

Prestar assistência de excelência e referência com responsabilidade social, formar recursos humanos e gerar conhecimentos, atuando decisivamente na transformação de realidades e no desenvolvimento pleno da cidadania.

CADERNO DE QUESTÕES

EDITAL 07/2010 DE PROCESSOS SELETIVOS

PS 57 - MÉDICO I

Clínico para Emergência

Nome do Candidato: _____

Inscrição nº: _____ - _____



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

EDITAL Nº 07/2010 DE PROCESSOS SELETIVOS

GABARITO APÓS RECURSOS

PROCESSO SELETIVO 57

MÉDICO I – Clínico para Emergência

01.	A	11.	E	21.	A
02.	C	12.	D	22.	ANULADA
03.	B	13.	D	23.	C
04.	C	14.	B	24.	B
05.	E	15.	D	25.	C
06.	E	16.	B		
07.	A	17.	D		
08.	C	18.	E		
09.	E	19.	A		
10.	A	20.	D		



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

INSTRUÇÕES

- ❶ Verifique se este CADERNO DE QUESTÕES corresponde ao Processo Seletivo para o qual você está inscrito. Caso não corresponda, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
- ❷ Esta PROVA consta de **25** (vinte e cinco) questões objetivas.
- ❸ Caso o CADERNO DE QUESTÕES esteja incompleto ou apresente qualquer defeito, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
- ❹ Para cada questão objetiva, existe apenas **uma** (1) alternativa correta, a qual deverá ser assinalada com caneta esferográfica, de tinta azul, na FOLHA DE RESPOSTAS.
- ❺ Preencha com cuidado a FOLHA DE RESPOSTAS, evitando rasuras. Eventuais marcas feitas nessa FOLHA, a partir do número 26, serão desconsideradas.
- ❻ Durante a prova, não será permitida ao candidato qualquer espécie de consulta a livros, códigos, revistas, folhetos ou anotações, nem será permitido o uso de telefone celular, transmissor/receptor de mensagem ou similares e calculadora.
- ❼ Ao terminar a prova, entregue a FOLHA DE RESPOSTAS ao Fiscal da sala.
- ❽ A duração da prova é de **três (3) horas**, já incluído o tempo destinado ao preenchimento da FOLHA DE RESPOSTAS. Ao final desse prazo, a FOLHA DE RESPOSTAS será **imediatamente** recolhida.
- ❾ O candidato somente poderá retirar-se do recinto da prova após transcorrida uma (1) hora do seu início.
- ❿ A desobediência a qualquer uma das recomendações constantes nas presentes instruções poderá implicar a anulação da prova do candidato

Boa Prova!



01. Homem de 80 anos com história prévia de hipertensão arterial sistêmica (HAS) chegou à Emergência com dispneia associada à dor precordial intensa com início há meia hora. Na admissão, a pressão arterial era de 200x120 mmHg no braço direito, e 130x100 mmHg no braço esquerdo, e o murmúrio vesicular estava reduzido no terço inferior do hemitórax esquerdo. Não havia sopro cardíaco ou turgência jugular. O eletrocardiograma (ECG) de repouso evidenciou ritmo sinusal com frequência cardíaca (FC) de 110 bpm e infradesnível de 1 mm do segmento ST em parede lateral.

O diagnóstico mais provável é

- (A) dissecação aórtica.
- (B) tamponamento cardíaco.
- (C) embolia pulmonar.
- (D) infarto agudo do miocárdio.
- (E) pneumotórax hipertensivo à esquerda.

02. Paciente masculino com 65 anos, hipertenso, apresentou dificuldade para falar e fraqueza no membro superior direito (MSD) ao acordar. Foi visto sem déficit, pela última vez, pela filha, às 23h. Tinha história de infarto há 6 meses. Na chegada à Emergência, a pressão arterial (PA) era de 175x85 mmHg. A tomografia de crânio foi realizada 15 min após o ingresso na Emergência e não apresentou alterações. O neurologista foi chamado e contraindicou o uso de trombolítico.

Considere as afirmações abaixo.

- I - O uso de trombolíticos está contraindicado com essas cifras pressóricas.
- II - A tomografia computadorizada (TC) normal exclui a indicação de trombolítico.
- III- O tempo de início dos sintomas é indeterminado.

Assinale a alternativa que aponta para a razão, ou razões que você julga terem embasado a contra-indicação do neurologista ao uso do trombolítico.

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas III.
- (D) Apenas II e III.
- (E) I, II e III.

03. Homem de 45 anos previamente hígido consulta por febre e tosse. O Raio X (RX) é compatível com extensa consolidação pneumônica lobar. O paciente, nas próximas 6 horas, apresenta hipotensão e alteração do sensorio. Após a reposição de 2 litros de soro fisiológico (SF) 0,9%, o paciente mantém pressão venosa central (PVC) de 8 cm H₂O, pressão arterial média (PAM) <65 mmHg e saturação venosa central de 60%.

Em relação a esse caso, considere as afirmações abaixo.

- I - A falta de resposta à infusão de volume sugere depressão miocárdica.
- II - Um dos alvos terapêuticos é manter a saturação venosa central de O₂ > 70%.
- III- O mecanismo mais comum de morte caso o paciente evolua com Síndrome da Angústia Respiratória do Adulto (SARA) é por insuficiência respiratória.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas III.
- (D) Apenas II e III.
- (E) I, II e III.

04. Considere as afirmações abaixo no que se refere à insuficiência cardíaca.

- I - Sopro de regurgitação mitral é sinal patognômico da insuficiência cardíaca congestiva (ICC) decorrente de valvulopatia primária.
- II - A ausência de estertores pulmonares no paciente com miocardiopatia dilatada exclui o diagnóstico de ICC.
- III- Galope ventricular (B3) pode estar ausente mesmo em pacientes com ICC em estágio avançado.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas III.
- (D) Apenas II e III.
- (E) I, II, III.

05. Paciente masculino, de 50 anos, previamente hígido, consulta na Emergência devido à dor precordial atípica. Relata que o pai enfartou aos 75 anos. O exame físico não evidenciou anormalidades. Após duas séries de enzima de injúria miocárdica normais com intervalo de 12 horas, o paciente foi encaminhado para realização do teste ergométrico.

Em relação à prova de esforço todas as alternativas estão corretas **EXCETO**:

- (A) quanto mais profunda for a depressão do segmento ST durante o esforço, maior a sua especificidade.
- (B) o valor preditivo da prova de esforço é influenciado pela probabilidade pré-teste.
- (C) a prova de esforço é contraindicada no paciente com miocardiopatia hipertrófica.
- (D) respostas falso-positivas no ECG são mais comuns em mulheres.
- (E) a prova de esforço é mais útil nos pacientes com baixa probabilidade de coronariopatia.

06. Paciente masculino, 30 anos, vem transferido, devido à sepse, de um hospital situado a 150km de distância onde estava internado há aproximadamente 15 dias em razão de trauma craniano. É admitido com hipotensão arterial, taquipneia, agitação e saturação arterial periférica de 88%, recebendo oxigênio por cateter nasal (2L/min). Fez Raio X de tórax que revelou extensa opacidade no pulmão direito. Na 6ª hora de internação na Emergência, apresenta parada cardiorrespiratória (PCR) não responsiva às manobras. Familiares solicitam que seja fornecido o atestado de óbito de forma a permitir a transferência imediata do corpo. Como proceder nesse caso?

- (A) Fornecer o atestado de óbito colocando como diagnóstico: parada cardiorrespiratória.
- (B) Fornecer o atestado de óbito colocando como diagnóstico: sepse, choque séptico e pneumonia bacteriana.
- (C) Fornecer o atestado de óbito colocando como diagnóstico: causa desconhecida.
- (D) Encaminhar ao serviço de verificação de óbito para fornecer o atestado.
- (E) Encaminhar ao Instituto Médico Legal (IML) para necropsia, pois trata-se de óbito relacionado à causa externa.

07. Paciente masculino, 62 anos, admitido na Emergência há 48 horas em função de uma trombocitopenia induzida por quimioterapia que evoluiu para acidente vascular hemorrágico. Desde então, mantendo-se com Glasgow 3. Ontem, foi aberto o protocolo de morte encefálica, com a confirmação diagnóstica dada hoje pela manhã. A família aceita sem conflitos o diagnóstico, mas não autoriza a doação de órgãos. Nesse caso, a melhor conduta seria:

- (A) comunicar à família que o óbito do paciente foi constatado nessa manhã, propiciar um tempo variável para que os familiares possam se despedir do mesmo e, a seguir, interromper o suporte cardiorrespiratório independentemente dos valores dos sinais vitais.
- (B) comunicar à família que o óbito do paciente foi constatado nessa manhã, propiciar um tempo variável para que os familiares possam se despedir do mesmo e, a seguir, suspender todas as drogas e infusões, mantendo o suporte ventilatório até a cessação dos batimentos cardíacos.
- (C) como se trata de morte encefálica em paciente não doador, solicitar à comissão de ética a permissão para desligar o respirador.
- (D) manter o paciente internado na Emergência com todo o suporte cardiorrespiratório até cessarem os batimentos cardíacos, pois essa conduta é a que melhor atende aos anseios da família e às necessidades do paciente.
- (E) por não ser doador de órgãos, a legislação de morte encefálica não se aplica nesse caso. Portanto, deve ser mantido todo o suporte cardiorrespiratório, inclusive a reanimação cardiorrespiratória, em caso de bradicardia ou parada cardíaca.

08. Paciente feminina, 66 anos, tabagista, chega à Emergência queixando-se de dor abdominal constante, que iniciou há quatro dias e tem pouco alívio com analgésicos. A dor localiza-se em quadrante inferior esquerdo (QIE), e a paciente refere constipação associada à leve disúria. Já teve episódio semelhante dessa dor no passado recente. Na chegada, os sinais vitais eram: pressão arterial (PA) 150x76 mmHg, frequência cardíaca (FC) 106 bpm, frequência respiratória (FR) 16 mrpm e temperatura axilar (T_{ax}) 38° C. Outros achados do exame físico: ausculta cardíaca com ritmo regular a 2 tempos sem sopro, abdômen com ruídos hidroaéreos (RHA) presentes, com defesa voluntária à palpação do QIE, leve distensão abdominal e massa palpável em região do sigmóide, toque retal com fezes normais na ampola retal. O leucograma, realizado após a chegada, não apresentou leucocitose ou desvio à esquerda e o exame qualitativo de urina (EQU) também foi normal.

Sobre essa paciente, pode-se dizer que:

- I - a massa abdominal e a constipação sugerem fortemente neoplasia, e a paciente deve ser submetida a uma colonoscopia.
- II - a suspeita de diverticulite é pouco provável, já que a paciente tem leucograma normal e não tem sangramento nas fezes.
- III- deve-se solicitar uma tomografia computadorizada de abdômen, com contraste intravenoso e oral para prosseguir a investigação da paciente.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas III.
- (D) Apenas I e II.
- (E) Apenas II e III.

09. Considerando que você está de plantão na Emergência em um domingo à tarde, para qual destes pacientes você acionaria imediatamente a equipe de nefrologia para fins de diálise?

- (A) Sexo masculino, 68 anos, história de jato urinário fraco há vários meses e há cerca de uma semana com incontinência urinária e disúria. No exame, identifica-se massa palpável e dolorosa no hipogástrio que sugere distensão vesical. Exames revelam: ureia 438 mg/dl, creatinina 12,6 mg/dl, potássio 7,6 mEq/l e sódio 137 mEq/l.
- (B) Sexo feminino, 43 anos, história de câncer de colo de útero, em tratamento com radioterapia. Relato de diminuição de débito urinário há cerca de uma semana, náuseas, vômitos e inapetência. Exames revelam ureia 266 mg/dl, creatinina 7,8 mg/dl, potássio 6,5 mEq/l e ecografia com dilatação pieloureteral bilateral e bexiga com cerca de 50 ml de urina.
- (C) Sexo feminino, 32 anos, portadora de SIDA e diarreia crônica sem diagnóstico etiológico. Procura a Emergência por piora da diarreia, vômitos, febre baixa, dor abdominal, inapetência. Exames revelam: ureia 302 mg/dl, creatinina 5,6 mg/dl, potássio 3,0 mEq/l, bicarbonato 9 mEq/l.
- (D) Sexo masculino, 68 anos, hipertenso, diabético, renal crônico em tratamento conservador e com fístula arteriovenosa em condições de punção no membro superior esquerdo. Procura a Emergência devido a náuseas, vômitos, inapetência, adinamia, prostração. Sem outros achados no exame clínico. Exames laboratoriais: ureia 288 mg/dl, creatinina 8,0 mg/dl, potássio 6,0 mEq/l e bicarbonato 15 mEq/l.
- (E) Sexo masculino, 52 anos, renal crônico em hemodiálise regular há oito anos, procura a Emergência com queixas de dificuldade para deambular, que iniciou na noite anterior. Exames laboratoriais: ureia 176 mg/dl, creatinina 5,2 mg/dl, potássio 8,8 mEq/l e bicarbonato 18 mEq/l.

10. Cólica renal por urolitíase é uma causa muito frequente de consultas na Emergência. Qual paciente pode ser liberado com alta da Emergência para avaliação ambulatorial pelo urologista?

- (A) Paciente com cálculo renal de 0,7 cm na porção distal do ureter; eco demonstra dilatação moderada pieloureteral do mesmo lado. Controle de sintomas após primeira dose de anti-inflamatório não esteroide (AINE) e metoclopramida.
- (B) Paciente com cálculo renal de 4 mm na porção medial do ureter. Apresenta calafrios, febre alta e disúria. Identificação de piúria no exame de urina.
- (C) Paciente com cálculo renal de 3 mm na porção proximal do ureter do rim direito. Moderada dilatação pieloureteral. Permanece com náuseas e vômitos e dor lombar persistente há cerca de 12 horas, mesmo com mediação endovenosa em doses altas.
- (D) Paciente com rim atrófico à esquerda e cálculo de 6 mm na porção intermediária do ureter direito, causando dilatação pieloureteral deste lado. Exames de laboratório com creatinina de 3,5 mg/dl e ureia de 110 mg/dl.
- (E) Paciente com cálculo renal coraliforme apresentando dor lombar, febre e piúria.

11. Paciente masculino, 62 anos, chega à Emergência com quadro de náuseas, inapetência e fraqueza iniciados há cerca de duas semanas. Observou edema nos membros inferiores na última semana e refere urina turva e escura. Ao exame, observa-se edema dos membros inferiores de duas cruzes, PA 164x88 mmHg, turgência jugular e crepitanes nas bases pulmonares. Exames de laboratório demonstram creatinina 3,6 mg/dl, ureia 185 mg/dl, potássio 5,0 mg/dl, sódio 135 mEq/l, EQU com proteinúria ++ e hemáceas 35 por campo. A ecografia revela rins de tamanho normal e sem dilatação pieloureteral, com próstata de 45g e bexiga com paredes espessadas, trabeculadas. São solicitados exames adicionais: sódio urinário = 10 mg/dl e excreção fracional de sódio de 0,05%. Nesse quadro, a causa da insuficiência renal mais provável é

- (A) azotemia pré-renal.
- (B) azotemia pós-renal.
- (C) necrose tubular aguda.
- (D) nefrite intersticial aguda.
- (E) glomerulonefrite aguda.

12. Paciente com 15 anos de idade, previamente hígido, é trazido à Emergência devido a um quadro de edema de face e de membros inferiores, diminuição do volume urinário, lassidão, sonolência, náuseas, cefaleia e dispnéia. Ao exame, além de edema periférico, foram constatados turgência jugular e crepitanes nas bases pulmonares. Pressão arterial 196x116 mmHg e FC 110 bpm, SAT de O₂ 93% em ar ambiente.

A conduta terapêutica mais adequada, nesse momento, é

- (A) administrar furosemida endovenosa associada a inibidor da ECA, via oral, a cada 4 horas, até normalização da pressão arterial.
- (B) iniciar com nitroglicerina endovenosa e furosemida contínua até normalização da pressão arterial e melhora dos sintomas de congestão.
- (C) iniciar nitroprussiato de sódio e buscar a normalização da pressão arterial em, no máximo, 4 horas.
- (D) iniciar nitroprussiato de sódio e diminuir a pressão arterial média em 25% do valor inicial na primeira hora.
- (E) iniciar beta-bloqueador endovenoso para controle da pressão arterial, pois há a possibilidade de insuficiência renal e essa é uma contraindicação relativa ao uso do nitroprussiato.

13. Paciente de 65 anos, com história de DPOC e bronquiectasias pós-tuberculose é internado na Emergência com diagnóstico de pneumonia no lobo inferior direito. Havia usado levofloxacina por exacerbação aguda infecciosa, tratada ambulatorialmente há 15 dias. O hemograma revela leucocitose com desvio à esquerda. A gasometria revela PaO₂ = 55 mmHg, PaCO₂ = 58 mmHg e pH=7,36. Sinais Vitais: PA=90x60 mmHg, FC=120 bpm, FR=28 mrpm, TAx=38° C, SAT O₂=88%. Qual seria a antibioticoterapia inicial mais adequada nesse contexto clínico?

- (A) Ampicilina-sulbactam.
- (B) Cefuroxima + azitromicina.
- (C) Amoxicilina-clavulanato + azitromicina.
- (D) Piperacilina-tazobactam.
- (E) Meropenem.

14. Paciente asmática de 30 anos relata crises semanais nos últimos 3 meses, porém não diárias, em uso de broncodilatador de ação curta, quando necessário, é internada na Emergência com nova crise e apresenta os seguintes dados clínicos: sinais vitais (FC=125 bpm, FR=27 mrpm, PA=120x70 mmHg, SpO₂= 92%), gasometria arterial (pH=7,50, PaO₂=68mmHg, PaCO₂=28 mmHg e HCO₃=25 mEq/L) e PEF (pico de fluxo expiratório) de 50% do previsto.

Qual a gravidade da crise e a conduta a ser seguida?

- (A) Crise moderada. Broncodilatador inalatório e corticoide via oral.
- (B) Crise grave. Broncodilatador inalatório e corticoide via oral.
- (C) Crise muito grave. Broncodilatador inalatório e corticoide intravenoso.
- (D) Crise moderada. Broncodilatador inalatório e corticoide intravenoso.
- (E) Crise muito grave. Broncodilatador subcutâneo e corticoide intravenoso.

15. O melhor teste inicial para avaliar a severidade de uma apresentação de cetoacidose diabética em Sala de Emergência é

- (A) glicemia capilar (HGT).
- (B) osmolaridade sérica.
- (C) cetonúria.
- (D) bicarbonato.
- (E) sódio sérico.

16. Jovem é admitido em Unidade de Emergência devido à sonolência, polidipsia e poliúria nos últimos dias. A avaliação de risco, na chegada, evidencia FC 120 bpm, FR 32mrpm, PA 110x60 mmHg e glicemia capilar acima do limite superior de detecção glicosímetro (HI). Os exames iniciais evidenciam Na= 132; K= 4,1; Cl= 92; HCO₃= 6,6; Cr= 1.0 e glicose 850 mg/dl. O paciente é tratado com insulina intravenosa e solução salina isotônica, em função do diagnóstico presumido de cetoacidose diabética. A glicemia capilar na primeira hora após a infusão de insulina é de 450 mg/dl. Na sequência do atendimento, qual a conduta mais adequada?

- (A) Adicionar glicose à solução venosa de manutenção.
- (B) Adicionar potássio à solução venosa de manutenção.
- (C) Adicionar bicarbonato IV para reposição.
- (D) Iniciar insulina de ação intermediária (NPH) por via subcutânea.
- (E) Modificar a solução de manutenção a fim de torná-la hipotônica (SF 0,45%).

17. Paciente de sexo feminino, 29 anos, é admitida para consulta em Emergência, devido à febre e odinofagia, com PA= 110x70 mmHg e FC= 100 bpm na chegada; sem outros achados relevantes ao exame clínico. Relata ser portadora de hipertireoidismo, em tratamento farmacológico, com medicação de uso contínuo, a qual é incapaz de precisar.

Qual seria a conduta mais apropriada nesse momento?

- (A) Coletar TSH e T4 livre para avaliação imediata da função tireoidiana.
- (B) Coletar VSG e solicitar ecografia da região cervical.
- (C) Iniciar empiricamente antibióticos e considerar alta breve.
- (D) Coletar hemograma para leucograma e contagem diferencial.
- (E) Prescrever ibuprofeno e dar alta para seguimento ambulatorial.

18. Em relação aos casos de síncope, assinale a afirmativa correta.

- (A) O infarto agudo do miocárdio é a causa mais comum de síncope cardiogênica.
- (B) História familiar de morte súbita e de infarto agudo do miocárdio, antes dos 50 anos de idade, não estão relacionados com síncope de origem cardiogênica.
- (C) Nos pacientes idosos, os distúrbios autonômicos não são as causas mais comuns de síncope.
- (D) O eletrocardiograma é um exame dispensável na avaliação inicial dos casos de síncope.
- (E) Tromboembolismo pulmonar e hemorragia subaracnoidea podem apresentar, como manifestação inicial, síncope.

19. Paciente do sexo feminino, 65 anos, hipertensa, vem à Emergência com quadro de cefaleia intensa de início súbito, seguido de episódio de síncope, sem trauma de crânio. A tomografia computadorizada (TC) de crânio evidencia hemorragia subaracnoide. Quanto aos casos de hemorragia subaracnoide, assinale a afirmativa correta.

- (A) Devem ser consideradas, no diagnóstico diferencial das cefaleias de início súbito, a dissecação da artéria vertebral e a trombose de seio venoso.
- (B) Sintomáticos, laxativos e profilaxia para epilepsia não estão indicados no manejo inicial dos casos de hemorragia subaracnoide.
- (C) Meningismo sempre está presente no exame físico de pacientes com hemorragia subaracnoide.
- (D) A arteriografia deve ser feita imediatamente nos pacientes com diagnóstico de hemorragia subaracnoide, independentemente do estado clínico do paciente.
- (E) A ressonância magnética de crânio e a tomografia de crânio são os exames de escolha no diagnóstico de hemorragia subaracnoide.

20. Paciente, de 75 anos, chega à Emergência trazido por familiares devido à febre e alteração de sensorio há algumas horas. Teria se queixado de cefaleia nas 24 horas que antecederam a piora do estado clínico. Qual a melhor sequência de exames e o tratamento antimicrobiano empírico mais adequado?

- (A) Punção lombar e monoterapia com ampicilina.
- (B) TC de crânio, punção lombar e terapia combinada com vancomicina + cefepime + sulfametoxazol-trimetoprim.
- (C) Punção lombar e terapia combinada com ceftriaxona + ampicilina.
- (D) TC de crânio, punção lombar e terapia combinada de ceftriaxona + ampicilina.
- (E) TC de crânio, punção lombar e monoterapia com ceftriaxona.

21. Considerando um caso de diarreia aguda, qual dos critérios abaixo **NÃO** indica investigação microbiológica das fezes?

- (A) Diarreia aquosa.
- (B) Diarreia com sangue.
- (C) Diarreia persistente por mais de três dias.
- (D) Leucócitos fecais com resultado positivo.
- (E) Diarreia associada à hipotensão.

22. Paciente com 36 anos, do sexo masculino, procura o Serviço de Emergência por hematêmese e melena. Refere uso frequente de diclofenaco para tratamento de dores musculares ou cefaleia. Chega ao atendimento com frequência cardíaca (FC) de 124 bpm, pressão arterial de 88x56 mmHg. Apresenta dor à palpação profunda do epigastro. No que se refere ao caso acima descrito, qual das afirmações está correta?

- (A) O paciente deve ser submetido à endoscopia digestiva alta de imediato, pois raramente há parada espontânea do sangramento digestivo alto.
- (B) O uso de inibidores de bombas de prótons deve ser iniciado, pois o uso de tais medicamentos diminui a mortalidade em casos de sangramento digestivo alto causado por úlceras pépticas.
- (C) Idade acima que 50 anos é critério para mau prognóstico em pacientes com hemorragia digestiva alta.
- (D) O tratamento endoscópico deve ser sempre utilizado, mesmo quando os achados endoscópicos sugerem baixo risco de ressangramento.
- (E) Reposição volêmica com solução salina deve ser imediata, e a reposição de concentrado de hemácias deve ser considerada conforme o estado clínico e os níveis de hematócritos e hemoglobina do paciente.

23. Em relação à encefalopatia hepática (EH) e **INCORRETO** afirmar:

- (A) causas desencadeadas de EH, como infecções, hemorragia digestiva, constipação, devem ser corrigidas.
- (B) o *shunt* transjugular intra-hepático portossistêmico (TIPS - sigla em inglês) pode desencadear EH.
- (C) restrição proteica na dieta é obrigatória (0,6g de proteína por kg de peso).
- (D) inversão do ciclo sono/vigília é um dos eventos precoces na EH.
- (E) troca de proteínas animais para proteínas vegetais na dieta pode auxiliar no tratamento da EH.

24. Você está realizando a sequência correta de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) e a ajuda avançada chega com desfibrilador. Neste momento você deve

- (A) parar a RCP para que seja obtida via aérea definitiva, feito acesso venoso e iniciada a administração de drogas.
- (B) pedir que alguém menos cansado assuma imediatamente as compressões, enquanto o desfibrilador é ligado.
- (C) interromper a RCP e aguardar que a equipe de socorro avançado assuma a RCP.
- (D) hiperventilar o paciente com dispositivo bolsa-valva-máscara.
- (E) parar RCP para que o monitor seja ligado.

25. Você está a caminho de seu plantão na Emergência do HCPA e, na sinaleira, o carro à sua frente não arranca. Você percebe que o motorista não está bem, você, então, encosta o seu carro e presta socorro. O paciente está irresponsivo e sem movimentos respiratórios. Após ligar para o SAMU e pedir ajuda com desfibrilador, você retira o paciente do carro e o coloca sobre a calçada em local seguro.

Dentre as opções abaixo, escolha a sequência de atendimento recomendada pelas diretrizes 2010 da *American Heart Association* (AHA).

- (A) Abrir vias aéreas, realizar duas ventilações de resgate (1 segundo cada), verificar pulso, comprimir o tórax numa frequência de no mínimo 100 compressões por minuto, realizando ciclos de 30 compressões intercaladas com duas ventilações.
- (B) Realizar apenas compressões torácicas (*hands only*) até a chegada de ajuda avançada.
- (C) Checar o pulso por até 10 segundos; se não houver pulso claramente palpável, iniciar compressões torácicas na frequência de, no mínimo, 100 compressões por minuto, aprofundando o tórax 5 cm; após 30 compressões, realizar duas ventilações de 1 segundo cada com elevação do tórax (30:2).
- (D) Checar pulso; se não houver pulso, iniciar compressões torácicas na frequência de 100/min e após 50 compressões, realizar 2 ventilações de 1 segundo (50:2).
- (E) Abrir vias aéreas: ver, ouvir, sentir. Se não ventilar, realizar 2 ventilações de resgate. Checar pulso e iniciar ciclos de 30 compressões intervaladas com 2 ventilações de 2 segundos cada; interromper a cada 5 ciclos e verificar pulso. Repetir a sequência até a chegada da ajuda avançada.