



Edital Nº 02/2018

CADERNO DE QUESTÕES

Data: 04 de novembro de 2018.

PROGRAMA PRÉ-REQUISITO: CLÍNICA MÉDICA

ESPECIALIDADE: Endoscopia; Pneumologia; Gastroenterologia; Nefrologia; Cancerologia Clínica; Reumatologia; Cardiologia; Geriatria; Hematologia e Hemoterapia; Endocrinologia; Medicina Intensiva

INSTRUÇÕES

Prezado(a) Participante,

Para assegurar a tranquilidade no ambiente de prova, a eficiência da fiscalização e a segurança no processo de avaliação, lembramos a indispensável obediência aos itens do Edital e aos que seguem:

01. Deixe sobre a carteira **APENAS caneta transparente e documento de identidade**. Os demais pertences devem ser colocados embaixo da carteira em saco entregue para tal fim. Os **celulares devem ser desligados** antes de guardados. O candidato que for apanhado portando celular será automaticamente eliminado do certame.
02. Anote o seu número de inscrição e o número da sala, na capa deste Caderno de Questões.
03. Antes de iniciar a resolução das 40 (quarenta) questões, verifique se o Caderno está completo. Qualquer reclamação de defeito no Caderno deverá ser feita nos primeiros 30 (trinta) minutos após o início da prova.
04. Ao receber a Folha de Respostas, confira os dados do cabeçalho. Havendo necessidade de correção de algum dado, chame o fiscal. Não use corretivo nem rasure a Folha de Respostas.
05. A prova tem duração de **4 (quatro) horas** e o tempo mínimo de permanência em sala de prova é de **2 (duas) horas**.
06. É terminantemente proibida a cópia do gabarito.
07. O gabarito individual do participante será disponibilizado em sua área privativa na data estabelecida no Anexo III, conforme subitem 8.4.14 do Edital.
08. Ao terminar a prova, não esqueça de assinar a Ata de Aplicação e a Folha de Respostas no campo destinado à assinatura e de entregar o Caderno de Questões e a Folha de Respostas ao fiscal de sala.

Atenção! Os dois últimos participantes só poderão deixar a sala simultaneamente e após a assinatura da Ata de Aplicação.

Boa prova!

Inscrição

Sala

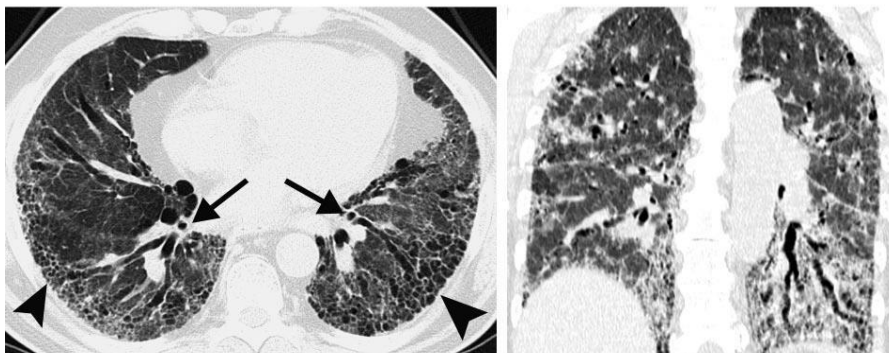
PSU-RESMED/CE - 2019

- 01.** Homem de 78 anos é admitido no pronto-socorro após apresentar dor precordial e síncope durante realização de caminhada em terreno íngreme. Relata dispneia aos moderados esforços há 1 ano. É portador de hipertensão arterial sistêmica e Diabetes mellitus há 20 anos com adequado controle medicamentoso. Ao exame físico, observa-se um pulso parvus tardus, PA convergente e na ausculta cardíaca há presença de B4, desdobramento paradoxal de B2 e um sopro sistólico (+2/+6), tipo ejetivo, localizado no 2º espaço intercostal direito com irradiação para o região cervical e um sopro sistólico tipo “pianete”, em foco mitral. No ECG observa-se a presença de Bloqueio completo pelo ramo esquerdo. De acordo o exame físico, a provável explicação para a sintomatologia é:
- A) Baixo fluxo cerebral e isquemia coronariana por dupla lesão aórtica.
 - B) Baixo fluxo cerebral e isquemia coronariana por estenose aórtica severa.
 - C) Queda súbita do débito cardíaco causada por Arritmia ventricular secundária a dupla lesão mitral.
 - D) Queda súbita do débito cardíaco causada por Arritmia ventricular secundária a insuficiência mitral.
- 02.** Mulher de 38 anos, muito ansiosa pela perda prematura de seu irmão de 34 anos por infarto agudo do miocárdio, procurou atendimento médico por desconforto retroesternal caracterizado como sensação de “peso”, há 2 dias, de caráter contínuo e que piora com o decúbito dorsal. Não há relação dos sintomas com o esforço físico. Está em uso de Atorvastatina 40 mg por apresentar dislipidemia severa e de Indapamida 1,5mg/dia por hipertensão arterial sistêmica. Ao exame físico, observou-se FC de 110 bpm, PA 130 x 100 mmHg e discreto edema perimaleolar bilateral. Qual a provável causa dos sintomas e seu principal diagnóstico diferencial, respectivamente?
- A) Pericardite aguda viral, doença coronariana prematura.
 - B) Doença coronariana prematura, pericardite aguda viral.
 - C) Pericardite aguda viral, pericardite induzida por fármacos.
 - D) Pericardite induzida por fármacos, pericardite aguda viral.
- 03.** Mulher de 43 anos procurou atendimento médico por apresentar disartria há 3 horas. Relata que há 2 meses apresenta palpitações e dispneia ao deitar em decúbito lateral esquerdo. Associado ao quadro, queixa-se de febre vespertina, adinamia, poliartralgia e perda de peso de aproximadamente 6 kg no último mês. Nega doenças concomitantes, uso de quaisquer medicações e tabagismo atual. Ao exame físico, encontra-se pálida, taquicárdica, e na ausculta cardíaca há um sopro mesodiastólico de (2+/6+) em foco mitral, somente audível quando a paciente adota o decúbito lateral esquerdo. Realizou hemograma que mostrou policitemia, leucocitose discreta, e trombocitose e ainda velocidade de hemossedimentação aumentada. Qual o provável diagnóstico desta paciente?
- A) Mixoma atrial esquerdo produzindo estenose mitral.
 - B) Endocardite infecciosa em válvula mitral com estenose.
 - C) Endocardite infecciosa em válvula mitral com insuficiência.
 - D) Mixoma atrial esquerdo produzindo prolapso de válvula mitral.
- 04.** Mulher de 74 anos procura atendimento médico por apresentar dispneia progressiva nos últimos 4 meses. Recebeu atendimento em serviço de emergência no último mês com quadro sugestivo de edema agudo de pulmão. Nesta ocasião, os níveis de pressão arterial estavam acima de 180 x 110 mmHg. É diabética e hipertensa há 20 anos, em uso irregular da medicação, a qual não sabe o nome. Ao exame físico, apresentava a PA de 140 x 90 mmHg, FC 89 bpm, ausculta pulmonar sem anormalidades e a presença de quarta bulha na ausculta cardíaca. Realizou ECG que evidenciou critérios para sobrecarga ventricular esquerda e o Ecocardiograma Bidimensional mostrou uma FEVE 51%, Hipertrofia concêntrica de VE, déficit de relaxamento do ventrículo esquerdo, aumento leve do átrio esquerdo. Qual a provável síndrome clínica e a classe terapêutica que pode modificar a história natural da doença?
- A) Insuficiência cardíaca diastólica isoladamente, antagonistas dos canais de cálcio.
 - B) Insuficiência cardíaca predominantemente diastólica, antagonistas dos canais de cálcio.
 - C) Insuficiência cardíaca diastólica isoladamente, inibidores da enzima conversora de angiotensina.
 - D) Insuficiência cardíaca predominantemente diastólica, inibidores da enzima conversora de angiotensina.

05. Paciente de 34 anos procura o posto de saúde referindo que há 24 horas vem apresentando tosse seca e sensação febril. Negava outros sintomas sistêmicos e referia melhora importante do quadro nas últimas horas. Esteve na emergência ontem e realizou hemograma completo que foi relevante por eosinofilia. Radiografia de tórax mostrava infiltrados periféricos discretos bilaterais. Exame físico era normal. Negava história de asma prévia. Foi orientado a usar antitérmicos se febre e retornar 3 dias depois com nova radiografia de tórax que foi normal. Dentre as hipóteses mencionadas abaixo qual seria a mais adequada para justificar o quadro clínico-radiológico descrito no enunciado?

- A) Pneumonia por vírus H1n1.
- B) Pneumonia eosinofílica aguda.
- C) Pneumonia por hipersensibilidade.
- D) Eosinofilia pulmonar simples (Loeffler).

06. Paciente de 67 anos, masculino, procura pneumologista com queixa de dispneia iniciada há 5 meses, atualmente aos mínimos esforços, além de tosse seca. Tabagista desde os 40 anos (carga tabágica de 20 maços/ano). Nega queixas respiratórias prévias e outras comorbidades. Não faz uso de quaisquer medicamentos e nega exposições relevantes. Exame físico era normal exceto por crepitações pulmonares bibasais e baqueteamento digital. Radiografia de tórax demonstrava infiltrado intersticial em bases pulmonares. Pesquisa laboratorial para doença do colágeno foi negativa. Foi solicitada uma tomografia de tórax de alta resolução que mostrava bronquiectasias de tração além de outros achados (em anexo), e prova funcional completa que mostrava CVF: 45% do previsto com difusão gravemente reduzida.



Considerando-se a principal hipótese diagnóstica para o caso descrito acima, qual a conduta mais recomendada dentre as opções abaixo?

- A) Realizar biópsia transbrônquica.
 - B) Encaminhar para realização de biópsia cirúrgica.
 - C) Prescrever terapia antifibrótica com pirfenidona.
 - D) Iniciar terapia tripla com azatioprina/prednisona/n acetilcisteína.
07. Gestante de 20 semanas apresentando dispneia e sibilância diárias, após parar de usar medicação regular para asma por medo de afetar o feto. Qual o melhor tratamento para esta paciente, além de orientá-la sobre o risco fetal pelo não tratamento da asma?
- A) Prednisona oral por 5 dias, tratamento intercrise com ipratrópio + salbutamol.
 - B) Prednisona oral por 7 dias, tratamento intercrise com budesonida + salbutamol.
 - C) Prednisolona oral por 10 dias; tratamento intercrise com fluticasona + vilanterol.
 - D) Prednisolona oral por 7 dias, tratamento intercrise com mometasona + formoterol.
08. Senhor de 62 anos é internado para realizar gastrectomia por conta de câncer gástrico. Tem história tromboembolismo pulmonar grave há 3 anos tendo feito uso de warfarin por seis meses. Não tem alterações hematológicas, história de sangramento prévio ou hipertensão. Os exames de pré-operatório mostram eletrólitos e função renal normais. Que esquema, entre os citados abaixo, seria mais indicado para profilaxia de tromboembolismo venoso nesta situação clínica?
- A) Fondaparinux.
 - B) Rivaroxabana.
 - C) Warfarin com INR ajustado para 1,5-2,0.
 - D) Dabigatran + compressão pneumática intermitente.

09. Paciente 56 anos, tabagista desde os 06 anos (50 maços /ano, ainda fumante), vem evoluindo há 6 meses com dispneia progressiva (atualmente quando apressa o passo ao caminhar) e tosse produtiva. Há 02 meses apresentou piora dos sintomas com necessidade de internamento hospitalar, negou quadro semelhante no último ano. Hoje encontra-se com exame físico normal exceto por discretos roncos à ausculta pulmonar. Trouxe resultado de Radiografia de tórax que mostrava sinais de hiperinsuflação, Gasometria sem alterações de pH, PaCO₂ e Bicarbonato mas com PaO₂= 68 mmHg e SaO₂= 92% (ar ambiente). A espirometria mostrava relação VEF1/CVF de 0,65 com VEF1= 54% do previsto (ambos pós broncodilatador). Não houve variação significativa de fluxo ou volume. Qual a conduta mais adequada, dentre as opções abaixo, para este paciente?

- A) Iniciar Beta agonista de longa ação associado a Roflumilaste.
- B) Iniciar corticoide oral por 2 semanas e manter com corticoide inalatório.
- C) Iniciar Beta agonista de curta ação e oxigenoterapia domiciliar (15h/dia).
- D) Iniciar anticolinérgico de ação prolongada e Beta agonista de curta ação nas crises.

10. Paciente feminina, 66 anos, refere história de dor nos joelhos de longa data com piora nos últimos anos, com rigidez matinal de vinte minutos, dificuldade para subir e descer escadas e edema nos joelhos. Refere piora da dor ao deambular e nos últimos meses vem apresentando dor em repouso. É hipertensa com história recente de infarto agudo do miocárdio. Exame físico: PA: 130 x 80mmhg, Peso: 79 Kg, A: 1,50m. Artrite de joelhos, com crepitações a mobilização e limitação da extensão. Atrofia de quadriceps. Realizou Rx de joelhos (foto).



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 1)

Diante do diagnóstico mais provável e do estadiamento da doença, qual a abordagem terapêutica mais adequada?

- A) Hidroterapia, celecoxibe, diacereina.
- B) Fisioterapia, prednisona, sulfato de glucosamina.
- C) Eletroterapia, tramadol, sulfato de glicosamina e condroitina.
- D) Perda de peso, antiinflamatório tópico, infiltração com corticoide.

11. Paciente feminina, 45 anos, refere que há 1 ano vem apresentando dor no corpo inteiro. Há 6 meses relata problemas com o sono, referindo que acorda "toda quebrada" como se não tivesse repousado. Associado ao quadro, apresenta fadiga intensa, cefaleia, dormência nas mãos e pés, dores abdominais e constipação. Ao exame: PA: 120x70mmHg ACP: normal, Sem artrite, com dor a palpação muscular em regiões cervical e lombar, trapézios, coxas, pernas, antebraços, quadris. Exames laboratoriais: VHS: 7mm/h PCR: 0,13 mg/dl Hemograma: normal Ureia: 31mg/ml Creatinina: 0,8 mg/dl TSH: 1,2mU/L T4 livre: 0.9 ng/dl. PTH: 40 pg/ml CPK: 90UI/L 25OHvitD: 35ng/ml TGO: 30U/L TGP: 40U/L Sorologias virais (B,C, HIV): não reagentes. Diante do quadro clínico, qual a abordagem farmacológica mais indicada para a paciente?

- A) Codeína.
- B) Prednisona.
- C) Naproxeno.
- D) Pregabalina.

12. Paciente 35 anos, há 3 anos iniciou alteração de coloração dos dedos das mãos desencadeada pelo frio, evoluindo há 1 ano com edema de mãos, endurecimento da pele e surgimento de feridas nas pontas dos dedos além de dor retroesternal em queimação. Refere ainda que há 6 meses iniciou dispneia aos moderados esforços e tosse seca. Exame físico: Espessamento de pele em mãos (foto), face, tronco. Pitting scars. AP: MVU presente com crepitações em bases pulmonares. AC: normal. Exames laboratoriais: Fator anti-núcleo: 1/640 nuclear homogêneo e citoplasmático pontilhado, CVF: 69%, DLCO: 55%.



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 2)

Quais as drogas seriam mais indicadas para o início do tratamento da paciente?

- A) Ácido acetilssalicílico e rituximabe.
 - B) Nifedipina e micofenolato de mofetil.
 - C) Bosentana e ciclofosfamida.
 - D) Sildenafil e metotrexato.
13. Paciente feminina, 51 anos, com história de surgimento de lesões de pele e fraqueza em membros superiores e inferiores há 3 meses. Refere piora há 1 mês com dificuldade para subir escadas e pentear os cabelos. Nega febre ou perda de peso. Ao exame: lesões de pele (fotos), força muscular em região proximal de membros superiores grau IV e membros inferiores grau III. Sem artrite. CPK: 981U/L (VR: 22,0 a 199,0 U/L), LDH: 362UI/L (VR:115 a 225 UI/L) , TGO: 56U/L, TGP: 72U/L, velocidade de hemossedimentação: 36mm/h, proteína - c reativa: 9mg/dl. Fator anti-núcleo: 1/640 nuclear pontilhado fino. Hemograma, sumário de urina e creatinina normais.



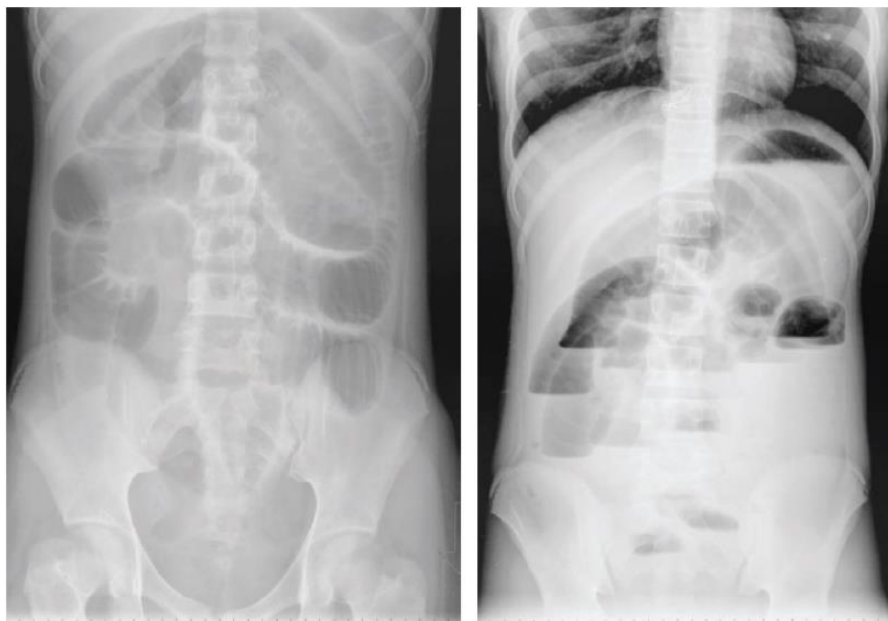
Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 3)

Diante do diagnóstico mais provável, o tratamento inicial mais apropriado seria:

- A) Prednisona.
- B) Azatioprina.
- C) Metotrexato.
- D) Ciclosporina.

14. Paciente sexo feminino, 53 anos, vem encaminhada após avaliação médica admissional há cerca de 1 mês. Não procurava atendimento médico há anos. Segundo a mesma, a pressão aferida durante o atendimento foi de 140x90 mmHg e nos exames laboratoriais realizados sua hemoglobina glicosilada foi de 7,2% (diabetes mellitus: pré-diabetes - 5,7% A 6,4%; diagnóstico - maior ou igual a 6,5%), com colesterol total de 208 mg/dL e microalbuminúria de 142 mg/volume 24h (valor de referência: inferior a 30 mg/24 h). Desde então vem monitorizando seus níveis tensionais e glicêmicos em domicílio com valores de pressão arterial sistólica entre 140 e 150 mmHg, e diastólica entre 90 e 100 mmHg, além de glicemia em jejum sempre acima de 150 mg/dL (valor de referência < 126mg/dL). Para esta paciente, a escolha inicial da melhor medicação anti-hipertensiva seria:
- A) enalapril.
 - B) carvedilol.
 - C) anlodipino.
 - D) clortalidona.
15. Paciente, 67 anos, sexo masculino, encontra-se internado para investigação clínica, relata que há 10 dias vem apresentando hemoptise progressiva com piora nas últimas 12 horas. Tem antecedente de rinosinusite muco-purulenta há seis meses. Ao exame: pressão arterial 180 x 110mmHg, FC 82bpm. AP: roncocal difusos. Exames até o momento: Hb 7,9g/dL, Ht 23%, VCM 98fL, leucócitos 7300/mm³ (3600-11000) diferencial normal, plaquetas 250mil, Ur 70mg/dL, Cr 3,9mg/dL, ANCA padrão citoplasmático 1/160, anti-proteinase-3: 18,0 IU/mL (reagente > 3,0IU/mL). Sumário de urina evidencia hematúria e proteinúria tanto em fita como na sedimentoscopia, ausência de bactérias. Tomografia de tórax evidencia múltiplas cavitações em ambos os campos pulmonares com presença de vidro fosco predominantemente na topografia das lesões. Biópsia pulmonar realizada mostra inflamação e granuloma em parede de vaso, além de necrose geográfica. Imunofluorescência indireta com padrão pauci-imune. Sobre o quadro clínico em questão, assinale a alternativa que contempla o diagnóstico deste paciente.
- A) Poliangeite microscópica.
 - B) Granulomatose com poliangeite.
 - C) Granulomatose eosinofílica com poliangeite.
 - D) Doença por depósito de anticorpo contra membrana basal glomerular.
16. Homem, 68 anos, casado, natural e procedente de Cedro - Ceará. Procurou ambulatório com queixa de "dificuldade de comer". Relata que o quadro se iniciou há 10 meses e veio acompanhado de perda de 7% do peso no habitual. Refere que durante esse período, ao se alimentar, apresenta sensação de que "a comida não passa pela garganta", independente da consistência desta, por vezes com regurgitação do alimento pelo nariz e tosse. Nega odinofagia, azia, pirose, rouquidão ou vômitos. Durante esse período, apresentou dois episódios de pneumonia. De antecedentes refere ser diabético há 15 anos e é tabagista (10 cigarros ao dia há 40 anos). Ao exame, encontrava-se orientado, anictérico, afebril e normocorado. Ausência de adenomegalias cervicais. FC: 74bpm, PA: 120x80mmHg, ausculta pulmonar com crepitações em base direita. Abdome flácido, indolor, sem massas palpáveis, hepatimetria de 14cm, espaço de Traube timpânico à percussão. Trouxe exames solicitados por médico da UBS que mostram Htc: 44%, Hg: 15g/dL, contagem de leucócitos: 11.000/mm³, glicemia: 140mg/dL, Hemoglobina glicada: 8,5%, Creatinina: 1,4 mg/dL, VHS: 14 mm (1 hora), PCR:1,0 mg/dL, e esofagogastroduodenoscopia realizada há 20 dias tendo como laudo uma gastrite leve de antro com o teste da urease (+). Diabético tipo 2 há 15 anos, em uso de metformina 1,5 g ao dia, e como não vinha controlando bem associou nos últimos 12 meses, a sitaglaplina (januvia). Foi visto por um outro colega que associou os sintomas acima ao uso desta medicação. Refere cirurgia de próstata há 4 anos, colecistectomizado. Com base nestes dados, qual o provável diagnóstico e o exame que estaria mais indicado para prosseguir investigação nesse momento?
- A) Disfagia orofaríngea, esofagograma.
 - B) Disfagia orofaríngea, videodeglutograma.
 - C) Disfagia esofágica associada ao diabetes mellitus, manometria esofágica.
 - D) Gastrite por H. pylori, endoscopia com pesquisa H. pylori 2 meses após tratamento.

17. Sra. 69 anos, procurou a UPA na madrugada com quadro de dor abdominal de forte intensidade, que havia acordado, persistindo por mais de 3 horas, dor tipo cólica, na região mesogástrica, associada a distensão abdominal, náuseas, e vários episódios de vômitos biliosos que não aliviavam a dor. Nega febre, calafrios, refere eliminação de flatos. Fazia uso de sinvastatina 10 mg, losartana 50 mg ao dia. Apendicectomia há 10 anos, duas cesáreas. Ao exame: orientada, anictérica, normocorada, fácies de sofrimento, PA: 90 x 60 mmHg, temperatura: 37,6 C. Exame cardiopulmonar: RR, 2T, FC: 120 bpm. Murmúrio vesicular reduzido nas bases, sem estertores. Abdome: distendido, ruídos hidroaéreo exacerbado, doloroso difusamente, presença de vascoejo. Sem hérnia umbilical ou inguinal. Extremidades sem edemas, panturrilhas sem empastamento. Ao ser admitida na UPA realizou: Hemograma: HTC: 46%, Hg: 14,5 g/dL, Leucócitos: 14.500/mm³, sendo 80% de polimorfonuclear, Plaquetas 200.000/mm³, Amilase: 120 mg/dL (nl < 150), Lipase 80 mg/dL (nl < 70), VHS: 80, glicemia: 100 mg/dL, Creatinina: 1,4 mg/dL. Imagem solicitada após abordagem inicial.



Com base nestes dados, a abordagem inicial mais adequada seria iniciar hidratação venosa e:

- A) manter dieta zero, sonda retal e solicitar exames de imagem.
- B) manter dieta zero, passar sonda naso-gástrica e solicitar exames de imagem.
- C) iniciar dieta líquida restrita, sonda retal e observar evolução e solicitar exames de imagem.
- D) iniciar dieta branda, procinéticos, inibidores de bomba de prótons IV e solicitar exames de imagem.

18. Homem de 52 anos, bancário, natural e procedente de Fortaleza. Etilista desde os 20 anos, tendo intensificado o consumo nos últimos 4 anos, procurou atendimento pois notou mudança na cor da urina. Na avaliação icterício +/4, normocorado, orientado, afebril. ACP: normal. Abdome: hepatimetria 13 cm, borda hepática romba, espaço de Traube ocupado, piparote negativo. Aranhas vasculares, ginecomastia bilateral discreta. Sem edema de MMII. Realizou exames: Htc:34%, Hg: 10,5 g/dL, Leucócitos: 3.500/mm³, Plaquetas: 160.000/mm³. Bilirrubinas totais: 3 mg/dL, B. direta: 2 mg/dL, INR: 1,5, Creatinina: 1,0 mg/dL, Proteínas totais: 7,0 g/dL, globulina: 4 g/dl. Colega solicitou elastografia hepática (fibroScan) cujo resultado foi 15 Kpa. Nesta ocasião foi solicitada uma endoscopia digestiva alta como screening para detectar varizes esôfago-gástrica com potencial de tratamento tendo em vista o risco de sangramento. De acordo com as recomendações de Baveno VI, a conduta foi:

- A) Inadequada pois o valor da contagem de plaquetas estava na faixa da normalidade.
- B) Adequada pois o valor da elastografia hepática indica doença com fibrose avançada.
- C) Questionável tendo em vista a contagem de plaquetas acima de 150.000/mm³ e a elastografia abaixo de 20 Kpa.
- D) Assertiva tendo em vista que com este perfil de plaquetas e Elastografia hepática sugere presença de varizes de grosso calibre.

19. Paciente, 43 anos, sexo feminino, deu entrada no pronto-socorro há 5 dias por dor em barra em andar superior do abdome de forte intensidade associada a náuseas. Valores admissionais de lipase e amilase estavam mais que dez vezes o valor da normalidade. Ao exame: estado geral regular, desidratada, orientada. Tempo de enchimento capilar 6 segundos, frequência cardíaca de 110bpm, frequência respiratória 30 irm. PA 140 x 90mmHg. Exames atuais evidenciaram: Hb 10,5g/dL; Ht 31%; leucócitos 12700/mm³ (4000-10000); Ur 120mg/dL(15-40); Cr 2,1mg/dL(0,5-1,1), PCR 12,1mg/L (normal < 5mg/L). Sumário de urina: densidade 1022, com presença de cilindro hialinos; Na 138mEq/L, K 4,9mEq/L, Cloro 107mmol/L, lactato arterial 5,5 mmol/L (Valor de referência: 0,5 a 1,6 mmol/L). Gasometria arterial: pH = 7, 26 / pCO₂ = 28 / HCO₃ = 16/ sat 96%. De acordo com o caso clínico citado, marque a alternativa que contempla a forma mais adequada de reposição de fluidos para este paciente.

- A) Soro ringer lactato.
- B) Soro fisiológico a 0,9%.
- C) Soro fisiológico a 0,45%.
- D) Albumina humana a 20%.

20. Homem de 26 anos casado, bancário, natural e procedente de Fortaleza-Ceará, relata episódios de icterícia desde os 14 anos de idade, tendo recebido o diagnóstico de síndrome de Gilbert. Apresentava também episódios intermitentes de febre com calafrios, colúria, hipocolia fecal, os quais o afastavam eventualmente do trabalho. Nega cirurgias, transfusões sanguíneas, consumo de bebidas alcoólicas ou tabagismo. Já esteve internado duas vezes para uso de antibioticoterapia venosa devido febre, calafrios e icterícia. Veio ao ambulatório devido novo episódio de icterícia. Ao exame físico, encontra-se icterico +/-, normocorado, temperatura de 38 graus C, FC: 120 bpm, PA: 110 x 70 mmHg. Exame cardiopulmonar normal. Abdome: hepatimetria 16 cm, borda romba, discretamente doloroso a palpação no HD, sinal de Murphy negativo, espaço de Traube livre. Exames: contagem de Leucócitos: 15.000/mm³, sendo 78% de polimorfonucleares, contagem de Plaquetas: 180.000/mm³, FA: 280 (nl < 60), gama-GT: 820 (nl < 50), Bilirrubinas totais: 4 mg/dL, B. direta: 3 mg/dL. Realizou exame de imagem abaixo.



De acordo com os dados da história clínica e análise do exame de imagem realizado, podemos afirmar que o diagnóstico provável e o achado assinalado no exame de imagem são, respectivamente:

- A) Doença de Caroli e Dot sign.
- B) Colangite billiar primária e aerobilia.
- C) Síndrome de Mirizzi e cálculos biliares.
- D) Colangite esclerosante primária e cálculos biliares.

21. Homem de 42 anos procurou clínico geral porque deseja emagrecer. Relatava um estilo de vida sedentário e o hábito de comer churrasco e cerveja semanalmente. Negava HAS, dislipidemia ou diabetes. Ao exame IMC: 37,1 kg/m² PA: 130 x 80 mmHg CA: 115 cm. Sem outras alterações ao exame clínico. Qual intervenção terapêutica não farmacológica com evidência científica é a mais indicada para promover redução de peso neste paciente?
- A) Consumir fórmulas comerciais projetadas para fornecer ≤800 kcal, 50-80 g de proteína, para uso domiciliar em substituição aos alimentos convencionais.
 - B) Consumir dieta de 1500 kcal com baixo teor de gordura que promoverá maior perda de peso que uma dieta de mesmo valor calórico e baixo teor de carboidrato.
 - C) Reduzir 500-750 kcal da ingesta diária, substituindo alimentos muito calóricos por aqueles menos calóricos, de maior volume e teor de água (ex, frutas e vegetais).
 - D) Praticar exercícios aeróbicos em academia (150 min/sem) que promoverá maior perda de peso do que dieta hipocalórica e atividades cotidianas (ex, tarefas domésticas).
22. Homem branco de 18 anos vem sendo acompanhado no serviço de clínica médica para investigação e tratamento de bronquiectasias difusas bilaterais. Na avaliação conjunta com pneumologista, os seguintes exames foram realizados: imunoelektroforese de proteínas: normal, anti-HIV: negativo, pesquisa e cultura para Mycobactérias fungos no escarro: negativas, cultura do escarro com isolamento de Pseudomonas aeruginosa e dosagem quantitativa de cloro no suor com valores elevados acima do limite superior da normalidade em duas dosagens sequenciais. * CFTR: Cystic fibrosis transmembrane conductance regulator. Que avaliação diagnóstica complementar se impõe no presente caso?
- A) Teste da condutividade do suor.
 - B) Nenhuma, diagnóstico concluído.
 - C) Investigação de mutações do gene CFTR.
 - D) Teste de função do CFTR: diferença do potencial nasal.
23. Homem de 78 anos, acamado, hemiplégico à esquerda e afásico, pós AVC extenso, em cuidados domiciliares, recebe visita multiprofissional. Queixa-se de dor descrita como choque ou queimação em perna esquerda, que o irrita durante o dia e o impede de conciliar o sono à noite, que se iniciou há pouco mais de um mês, aliviada apenas parcialmente com codeína via oral, a qual vem usando de modo contínuo. O quadro vem se agravando nos últimos dias apesar de incremento nas doses desse medicamento. Qual dentre as drogas abaixo é particularmente indicada para este paciente?
- A) Morfina.
 - B) Dipirona.
 - C) Ibuprofeno.
 - D) Gabapentina.
24. Paciente, 45 anos, portador de cardiopatia reumática com prótese valvar biológica há 10 anos. Há um mês foi internado com celulite em membro inferior esquerdo, recebeu alta sem sintomas, mas há 2 semanas vem apresentando mialgia, dispneia aos médios esforços, ortopneia, edema de membros inferiores e febre com calafrios. Ao exame: regular estado geral, orientado, hipocorado 1/4+, icterico 1/4+, febril. Ritmo cardíaco regular em 2 tempos, sopro sistólico em foco mitral, turgência de jugular a 45° e edema de membros inferiores de 2/4+, abdômen doloroso em hipocôndrio esquerdo com baço palpável há 3cm do rebordo costal esquerdo. Apresenta ainda petéquias subungueais em ambas as mãos. Há duas semanas realizou hemoculturas na emergência cujo resultado mostrou a presença de cocos gram positivos. Assinale a alternativa que somente contempla manifestações extra-cardíacas possíveis de serem encontradas na evolução clínica deste paciente:
- A) infarto esplênico, necrólise epidérmica.
 - B) meningite asséptica, trombose da veia porta.
 - C) embolia pulmonar, acidente vascular cerebral.
 - D) trombose venosa profunda, microabscessos cerebrais.

25. Homem de 55 anos tem seguimento com clínico e neurologista para tratamento de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) com tempo de evolução de 3 anos. O mesmo não deambula, apresenta ortopneia, fraqueza simétrica e intensa de membros superiores. Apresenta disfunção grave da função motora bulbar, segundo pontuação no escore específico deste aspecto da sua doença há 1 mês, tendo realizado gastrostomia para alimentação enteral. Gasometria arterial mostra uma PaCO_2 :48mmH, pH: 7,37, PaO_2 :72mmHg, SaO_2 :93%. e polissonografia evidencia intensa dessaturação de oxigênio na fase de sono REM. Os médicos discutem um artigo com um ensaio clínico randomizado que avaliou o impacto na sobrevida e outros desfechos da aplicação de ventilação não-invasiva (VNI) em 41 pacientes com ELA e disfunção respiratória. O principal critério de exclusão era idade acima de 75 anos. Os pacientes foram alocados em um grupo VNI e outro sem VNI. O principal resultado do estudo é apresentado na figura abaixo. O paciente leu sobre o assunto na internet e “descobriu” o estudo em questão, e deseja que o médico lhe indique o uso de VNI. Fonte da figura: Effects of non-invasive ventilation on survival and quality of life in patients with amyotrophic lateral sclerosis: a randomised controlled trial. Bourke SC, Tomlinson M, Williams TL, Bullock RE, Shaw PJ, Gibson GJ. Lancet Neurol. 2006 Feb;5(2):140-7

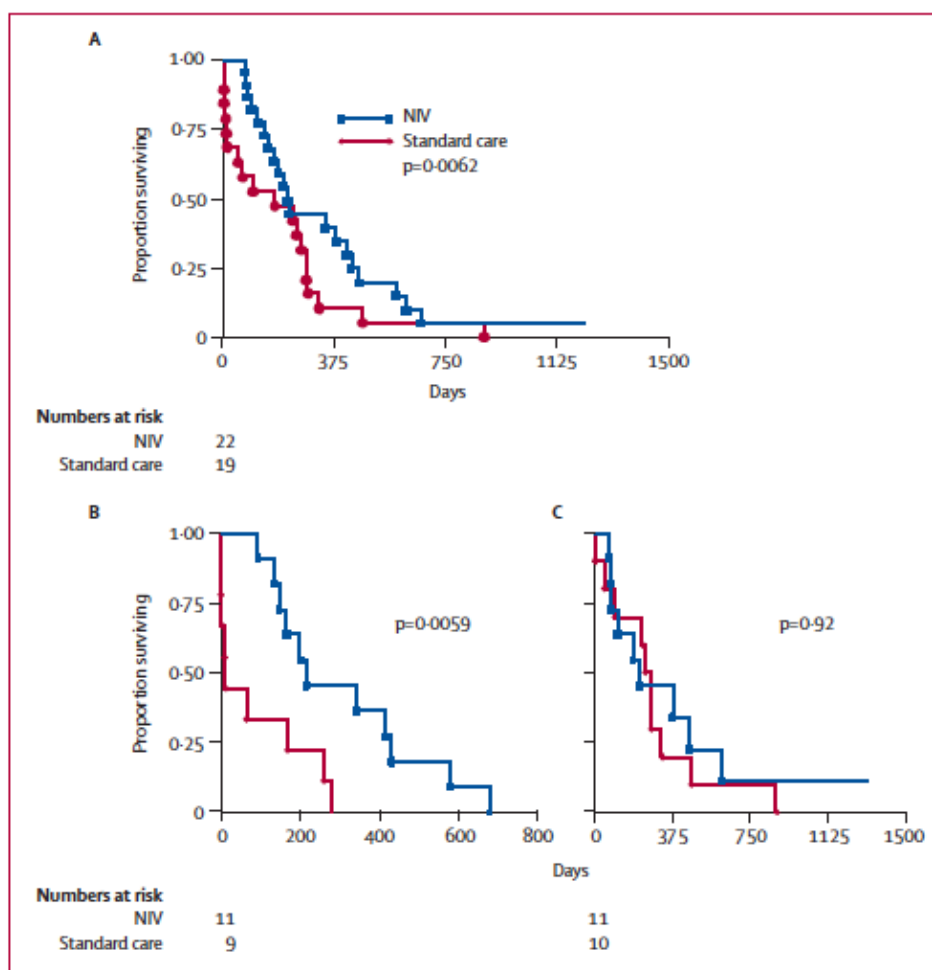


Figure 2: Survival from randomisation

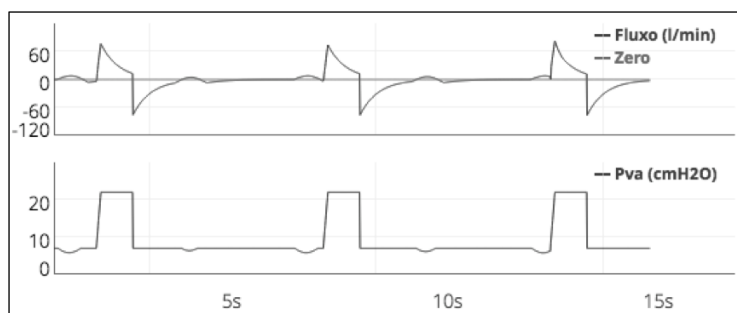
A: all patients; B: patients with normal or moderately impaired bulbar function; C: patients with severe bulbar impairment.

Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 4)

Que orientação deve ser oferecida ao paciente, conforme os achados do presente estudo?

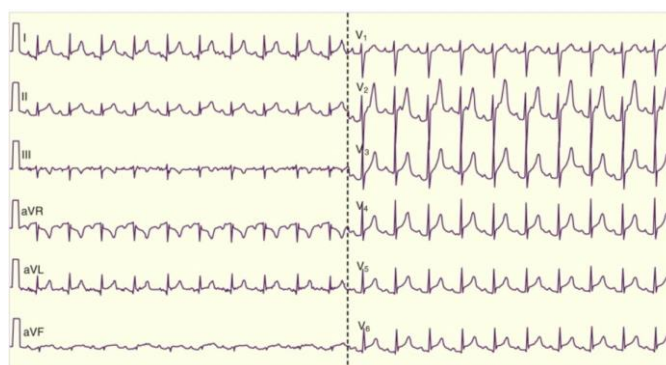
- Explicar que a VNI não traz benefícios significativos quanto à sobrevida na ELA de um modo geral, conforme demonstrado neste estudo.
- Explicar que a VNI prolonga a sobrevida na ELA de um modo geral, mas não em casos similares ao do paciente, conforme demonstrado neste estudo.
- Explicar que a VNI prolonga a sobrevida de modo significativo na ELA, de um modo geral, inclusive para pacientes com quadro similar ao do paciente, conforme demonstrado neste estudo.
- Explicar que os efeitos da VNI na sobrevida da ELA de um modo geral são inconclusivos, conforme demonstrado neste estudo, não havendo evidências científicas nem contra, nem a favor de seu uso.

26. Mulher de 35 anos foi admitida em UTI por pneumonia que evoluiu para choque, necessidade de intubação traqueal, suporte ventilatório mecânico e administração de noradrenalina e vasopressina, além de hidrocortisona IV. Evoluiu com melhora, a sedação foi suspensa no 8º dia de UTI. Apresentou desconforto respiratório, e ao exame encontrava-se alerta mas com dificuldade para prensão palmar e para movimentar os 4 membros contra a gravidade, com reflexos patelares reduzidos, sudorese e os achados abaixo nas curvas do ventilador mecânico. Legenda: RASS: Richmond Agitation Sedation Scale.



Qual a conduta terapêutica mais recomendável dentre as opções abaixo?

- A) Traqueostomia.
 - B) Repouso muscular por 24 a 72h e reavaliação.
 - C) Mobilização ativa e intensificar fisioterapia no leito.
 - D) Sedação visando um escore de -3 a -4 na escala de RASS.
27. Mulher 41 anos de idade, em acompanhamento ambulatorial com Lupus Eritematoso Sistêmico (LES), chegou ao ambulatório com taquicardia, hipotensão, dor em hipocôndrio direito e edema de membros inferiores. Com esse quadro foi admitida à UTI, chegando sudoreica, pálida, com crepitações nas bases pulmonares, pressão arterial (PA) de 70x40mmHg e um lactato arterial de 5,0mmol/L (nl < 2,0mmol/L). Após reposição volêmica com cristalóide e punção venosa central, a nova PA foi de 90x60mmHg e a pressão venosa central de 22mmHg. Nessa ocasião foi realizado o ECG abaixo:



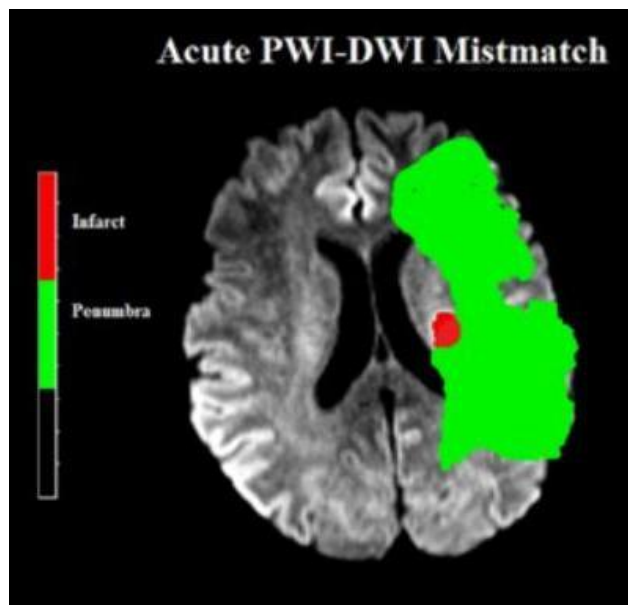
Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 5)

Qual o exame mais adequado para abordagem diagnóstica da paciente?

- A) Ecocardiograma.
 - B) Angiotomografia do tórax.
 - C) Angiografia das coronárias.
 - D) Dosagem de enzimas cardíacas.
28. Mulher de 71 anos, ex-tabagista, vem ao ambulatório com queixa de dor torácica após acesso de tosse. Antecedentes: histerectomia aos 48 anos por miomas e câncer de mama aos 50 anos. Realizou radiografia de tórax que revelou fratura de costela, sem outros achados e a densitometria óssea evidenciou T-score -2,9 em L1-L4 e -2,2 em colo de fêmur. Considerando os mecanismos fisiopatológicos da doença óssea em questão, qual tratamento farmacológico seria apropriado para reduzir o risco de fratura não vertebral nesta paciente?
- A) Risendronato.
 - B) Ibandronato.
 - C) Calcitonina.
 - D) Raloxifeno.

29. Homem de 72 anos, 70 Kg, com antecedente de miocardiopatia dilatada em tratamento clínico, foi trazido para emergência devido quadro de febre com calafrios, taquipneia e confusão mental. Na avaliação inicial apresentava uma pressão arterial média de 55mmHg e escala de coma de Glasgow de 14. Na abordagem inicial foram colhidas hemoculturas (2 amostras) e gasometria arterial com lactato, em seguida, iniciado antibioticoterapia de largo espectro e feito 1L de cristalóide IV. Após 30 minutos, recebeu a dosagem de lactato que veio de 5mmol/L e foi reavaliado, sendo verificada uma PAM de 60mmHg. Conforme o atual Pacote de Cuidados de Sobrevivência da Sepse (2018), a conduta mais adequada nesse momento seria:
- A) manter a reposição volêmica, colher novo lactato arterial após 30 minutos.
 - B) manter reposição volêmica e iniciar vasopressor, reavaliação PAM após 30 minutos.
 - C) manter reposição volêmica e puncionar acesso venoso central, mensurar PVC após 30 minutos.
 - D) iniciar vasopressor e suspender reposição volêmica, reavaliação do lactato arterial após 30 minutos.
30. Homem de 55 anos, ex-agricultor, vem com história de fraqueza que se iniciou há 9 meses no membro inferior esquerdo, há 6 meses acometeu membro inferior direito e há 3 meses membros superiores. Nega alteração urinária ou fecal. Não tem queixas sensitivas. Ao exame, é notada marcada atrofia de membros superiores, particularmente nas mãos (interósseos e região tenar e hipotenar) além de algumas fasciculações em quadríceps, deltóides e língua. Os reflexos são exaltados nos 4 membros e nota-se sinal de Babinski bilateral. Ressonância de coluna cervical mostra hérnias discais nos níveis C4-C5, C5-C6 e C6-C7, sem alteração de sinal medular ou compressão radicular. Qual o diagnóstico mais provável para esse paciente?
- A) Síndrome de Guillain-Barré devido a presença de uma paralisia flácida ascendente.
 - B) Espondiloartropatia com compressão pelas hérnias de disco e osteófitos, levando a tetraparesia.
 - C) Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) pela presença de sinais de neurônio motor superior e inferior nos 4 membros e região bulbar.
 - D) Síndrome do neurônio motor inferior acometendo os 4 membros com evolução crônica (>8 semanas) por PDIC (polineuropatia desmielinizante inflamatória crônica).
31. Mulher de 27 anos chega a Emergência com cefaleia intensa (9 na Escala Visual Analógica) temporal à esquerda iniciada de forma gradual há 4 horas. A dor é pulsátil, paciente apresenta-se nauseada, vomitando e com fotofobia extrema. Relata borramento visual inespecífico antes do início da dor, durando cerca de meia hora. Paciente tem história de cefaleias semelhantes cerca de 3 vezes por mês que associa a hipertensão, com entradas frequentes em Pronto-Socorro. No momento, apresenta pressão arterial de 170x90 mmHg. Sem rigidez de nuca, exame neurológico inalterado. TC de crânio normal. Qual a conduta mais apropriada nesse caso?
- A) Prescrever amitriptilina oral com ajuste gradual de dose. Pelo risco de abuso de analgésico, evitar triptanos e dipirona.
 - B) Prescrever tramadol ou codeína oral, devido à forte intensidade da dor. Após controle da crise, associar propranolol.
 - C) Administrar captopril sublingual para controle da pressão. Caso persista a cefaleia após normalização da PA, utilizar sumatriptano nasal.
 - D) Administrar dipirona parenteral ou sumatriptano nasal ou subcutâneo, além de anti-eméticos. Após controle da crise, iniciar medicação profilática.
32. Mulher de 27 anos foi admitida na Unidade de Terapia Intensiva com quadro de intensa agitação, calor excessivo, fraqueza muscular, palpitação e “falta de ar” iniciado após cesareana (IG 35 semanas) por sinais de sofrimento fetal. Ao exame, agitada, febril, taquipnéica, acianótica e icterica +/-+. Temperatura axilar 40 °C IMC 20 kg/m² PA: 140 x 60 mmHg Pulso: 120 bpm, irregular, Proptose ocular bilateral. Bócio difuso (frêmito+). Tremor fino de extremidades AC: RCI, 2T, SS+ AP: crepitações e roncos no 1/3 inferior do HTE. Exames iniciais: TSH. Diante do diagnóstico mais provável, qual a conduta terapêutica inicial mais indicada para esta paciente?
- A) Amiodarona, heparina, propiltiouracil (PTU), solução de Lugol 1-2 h após PTU e hidratação IV.
 - B) Hidratação IV, esmolol, propiltiouracil (PTU), solução de Lugol 1-2h após PTU e hidrocortisona.
 - C) Aspirina, amiodarona, metimazol 1-2h após amiodarona, propranolol, fenobarbital e hidratação IV.
 - D) Paracetamol, iodeto de potássio, metimazol 1-2 h após iodeto de potássio, propranolol e prednisona.

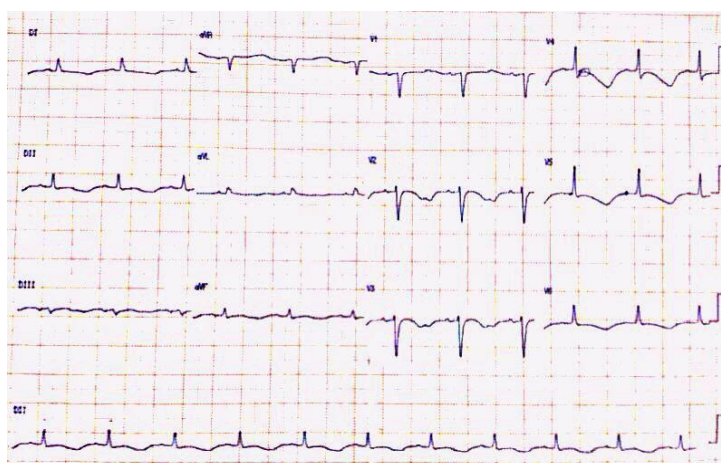
33. Paciente se apresenta à Emergência com uma história de há 2 horas ter iniciado subitamente fraqueza do lado direito do corpo e alteração de fala. Ao exame, apresenta afasia global e hemiparesia direita (NIH-12). Na entrada é realizada uma ressonância que pode ser visualizada abaixo: Legenda: NIH-National Institute of Health Stroke Scale PA-Pressão Arterial RNM-Ressonância Nuclear Magnética.



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 6)

Frente à imagem obtida, qual a melhor conduta?

- A) Manter conduta de suporte tendo em vista já haver região de infarto na RNM.
 - B) Indicar craniectomia descompressiva, tendo em vista extenso infarto cerebral.
 - C) Iniciar antiagregação e manter controle de PA e glicemia devido extensa área de penumbra
 - D) Indicar trombólise com ou sem trombectomia, tendo em vista presença de “mismatch” perfusão-difusão.
34. Paciente 35 anos, masculino, sem comorbidades, trazido à emergência após ingestão de grande quantidade de comprimidos não identificados, apresentando agitação com períodos de alucinações, Refere visão turva, boca seca e sede. Ao exame, encontra-se agitado, com pupilas midriáticas, sialorreia, plethora facial, PA 120/70 mmHg, pulso 120bpm, Tax 38 °C e mioclonias. Realizou ECG: (fonte da imagem: American Journal of Emergency Medicine 1999, 17:387-393).



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 7)

Considerando o provável fármaco ingerido, qual o tratamento para este paciente, além de carvão ativado por sonda nasogástrica?

- A) Bicarbonato de sódio.
- B) Sulfato de magnésio.
- C) Difenidramina.
- D) Fisiostigmina.

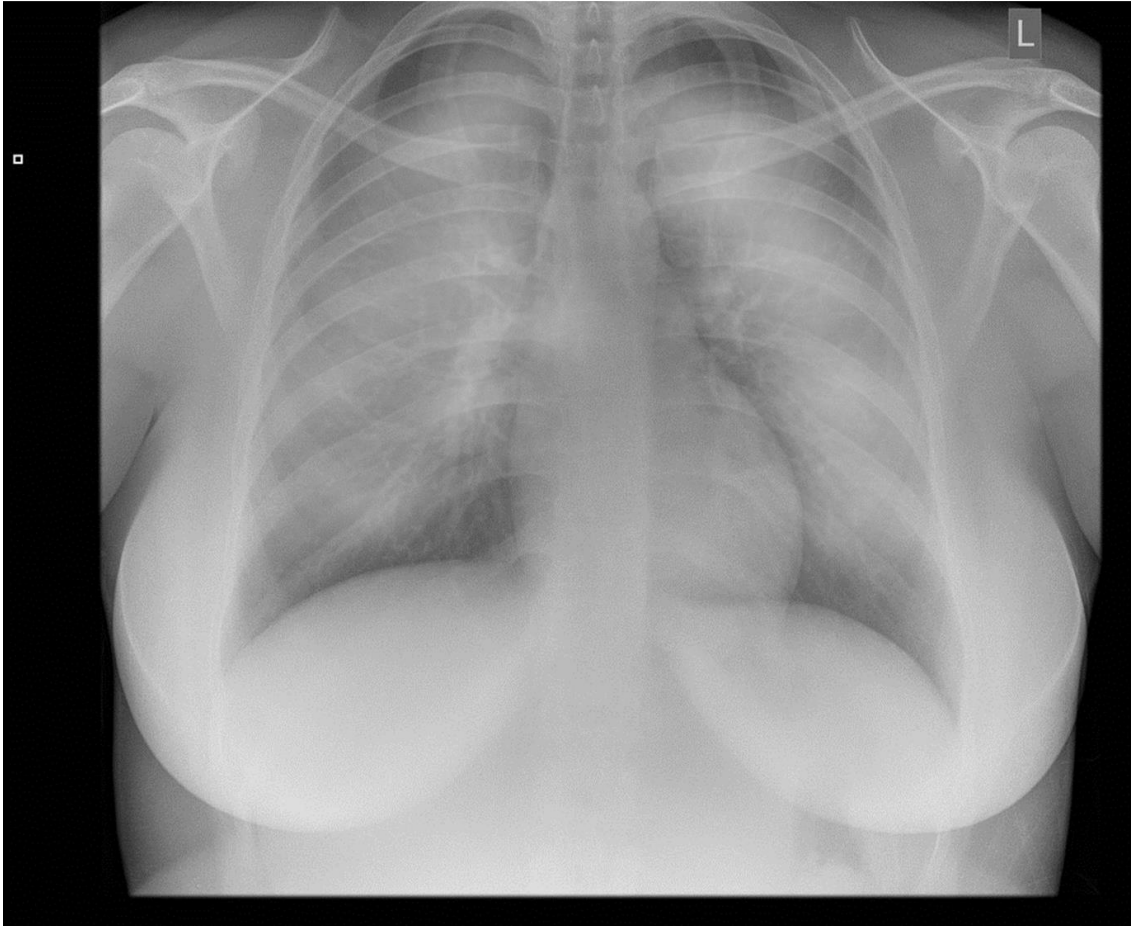
35. Homem de 68 anos deu entrada no setor de Emergência com quadro de convulsão generalizada e torpor pós-ictal. Portador de DM tipo 2 diagnosticado há 15 anos, com controle insatisfatório, quando há 20 dias iniciou quadro de febre alta e adinamia, evoluindo com poliúria, perda de peso, astenia e sonolência progressiva. Ao exame, desidratado +3/+4, letárgico, acianótico. PA: 80 x 50 mmHg FC 112 bpm. FR: 30 irpm Enchimento capilar lento. Afebril. Exames complementares estão na tabela.

Bioquímica	VR	Sumário de urina	Gasometria arterial	VR
Glicemia (mg/dL)	785	75 – 99	pH: 7,1	7,36 – 7,44
Na+ (mEq/L)	125	136 – 145	PO2 (mmHg)	92
K+ (mEq/L)	5,0	3,5 – 5,1	PCO2 (mmHg)	30
Cl- (mEq/L)	94	98 – 107	SO2 %	94
Albumina (g/dL)	3,5	3,5 – 5,2	HCO3 (mEq/L)	18
Uréia (mg/dL)	105	10 – 50		
Creat (mg/dL)	2,0	0,7 – 1,3		
OsmP (mOsm/kg)	322	280 – 301		
Anion Gap (mEq/L)	13	< 16 mEq/L		

Quais intervenções terapêuticas são mais apropriadas para este paciente?

- A) SF 0,9% IV + NaCl 20% + insulina regular em bolus IV.
 B) SF 0,9% IV + KCl 15% + insulina regular em infusão IV contínua.
 C) SF 0,9% IV + insulina regular em bolus SC + KCL 15% + bicarbonato de sódio 8,4%.
 D) SF 0,9% IV + NaCl 20% IV + insulina regular em bolus IV + bicarbonato de sódio 8,4%.
36. Na avaliação pré-operatória para colocação de prótese de quadril de paciente feminina de 62 anos, assintomática, foi solicitado hemograma que evidenciou hemoglobina de 10,1 g/dL, VCM 110 fL, leucócitos de 2300/mm³, com neutrófilos de 900/mm³ e plaquetas de 112.000/mm³. Na lâmina do sangue periférico, foram vistos neutrófilos hipogranulares e hipossegmentados. Apresentava sorologias negativas para HIV e hepatites e sem outras alterações laboratoriais. Ao exame físico encontrava-se apenas descorada. Mielograma evidenciou 80% de celularidade, 1% de blastos, dispense em 20% da série vermelha, presença de micromegacariócitos e megacariócitos hipolobados. Cariótipo normal. Foi feito tratamento empírico com vitamina B12 e ácido fólico, sem resposta. Neste contexto, qual a conduta mais adequada dentre as opções abaixo?
- A) Filgrastima.
 B) Azacitidina.
 C) Lenalidomida.
 D) Observação clínico-laboratorial.
37. Paciente masculino, 73 anos, em preparação para artroplastia de quadril devido osteoartrite avançada. Iniciou uso de oxicodona 10mg a cada 12 horas há 2 dias para controle de dor refratária. Após o início de tal medicação passou a apresentar discurso incoerente e agressividade, já tendo quebrado objetos em casa e tentado agredir o filho. Ao exame físico, não se notam anormalidades e o paciente se mostra alerta e pouco cooperativo. Exames laboratoriais de rastreio infeccioso e triagem bioquímica normais. Qual a abordagem sequencial mais adequada?
- A) Aplicar o Confusion Assessment Method (CAM) – iniciar risperidona e suspender oxicodona.
 B) Aplicar o Confusion Assessment Method (CAM) – iniciar donepezila e suspender oxicodona.
 C) Aplicar o Mini-exame do estado mental – iniciar clonazepam e trocar oxicodona por codeína.
 D) Aplicar o Mini-exame do estado mental – iniciar haloperidol e aumentar dose de oxicodona.
38. Paciente masculino, 46 anos, admitido na emergência em parada cardiorrespiratória ocorrida durante jogo de futebol. Ritmo de fibrilação ventricular, reanimado com sucesso após 5 ciclos. Entubado, com ventilação adequada, mantendo saturação O₂ 95%. Apresentou pulso fraco e hipotensão responsiva a volume, sendo estabilizado, mantendo PA sistólica de 90mmHg. Pupilas fotorreagentes e isocóricas, porém sem resposta motora ou abertura ocular. ECG com ritmo de bloqueio de ramo esquerdo e taquicardia ventricular não sustentada. Qual a medida seguinte indicada para este paciente, pelo contexto da PCR, visando reduzir mortalidade?
- A) Prescrição de vasopressina.
 B) Administração de lidocaína.
 C) Intervenção coronária percutânea.
 D) Implantação de cardiodesfibrilador implantável.

39. Paciente feminino, 18 anos, estava internada com quadro de leucemia linfoblástica aguda, tendo sido submetida à quimioterapia, sem apresentar outra comorbidade. Não apresentou febre durante a internação e há dois dias teve recuperação neutrofílica. Hemograma de hoje evidenciou hemoglobina de 7,3 g/dL, leucócitos de 4300/mm³, com 2600 neutrófilos/mm³, e plaquetas de 7000/mm³. Foi solicitada transfusão de plaquetas, que transcorreu sem intercorrências. Entretanto, após duas horas do término da transfusão, paciente apresentou quadro de dispneia intensa com hipoxemia grave, evoluindo com hipotensão e necessidade de intubação orotraqueal. A radiografia de tórax encontra-se abaixo.



Qual a melhor terapêutica a ser instituída?

- A) Adrenalina e corticoide.
 - B) Antibiótico de largo espectro.
 - C) Suporte ventilatório e hemodinâmico.
 - D) Diuréticos para manter diurese maior que 100 mL/hora.
40. Paciente masculino, 25 anos, previamente hígido, dá entrada na Unidade de Pronto Atendimento com queixa de gengivorragia à escovação há 2 dias, além de equimoses em vários locais do corpo e petéquias em membros inferiores há um dia. Nega outros sangramentos, febre, perda de peso ou outras queixas. Exame físico evidenciou apenas as sufusões hemorrágicas descritas. Hemograma apresenta hemoglobina de 13,9 g/dL, leucócitos de 8.700/mm³ com diferencial normal e plaquetas de 8.000 /mm³. Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual abordagem terapêutica deve ser instituída imediatamente?
- A) Plasmaférese terapêutica.
 - B) Imunoglobulina humana endovenosa.
 - C) Corticoide em dose imunossupressora.
 - D) Transfusão de concentrado de plaquetas.