



Edital Nº 03/2018

CADERNO DE QUESTÕES

Data: 04 de novembro de 2018.

PROGRAMA ANOS ADICIONAIS: CLÍNICA MÉDICA

ESPECIALIDADE: Clínica Médica (R3)

INSTRUÇÕES

Prezado(a) Participante,

Para assegurar a tranquilidade no ambiente de prova, bem como 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 20 (vinte) 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 **2 (duas) horas** e o tempo mínimo de permanência em sala de prova é de **1 (uma) hora**.
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.

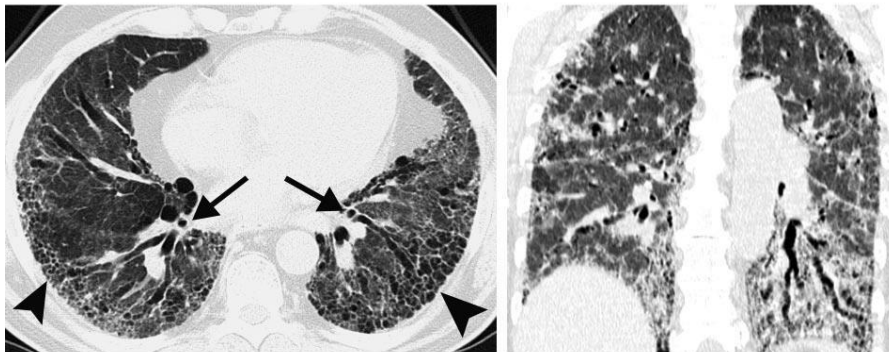
Boa prova!

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 “piante”, 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. 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.
03. 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.

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 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, diacereína.
B) Fisioterapia, prednisona, sulfato de glucosamina.
C) Eletroterapia, tramadol, sulfato de glicosamina e condroitina.
D) Perda de peso, antiinflamatório tópico, infiltração com corticoide.
06. 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.

07. 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%.

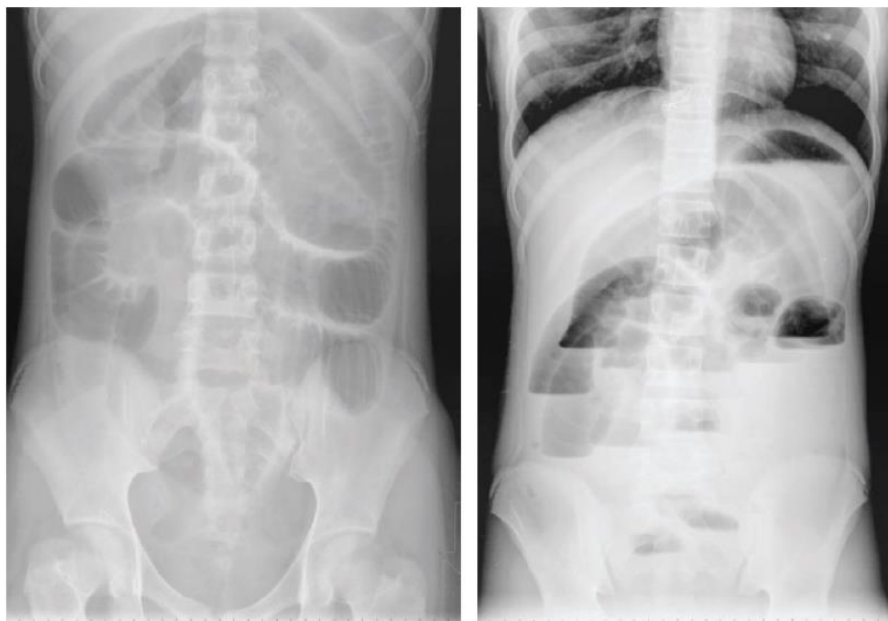


Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 2)

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

- A) Sildenafil e metotrexato.
 - B) Bosentana e ciclofosfamida.
 - C) Ácido acetilssalicílico e rituximabe.
 - D) Nifedipina e micofenolato de mofetil.
08. 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).
09. 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) Gabapentina.
 - B) Ibuprofeno.
 - C) Dipirona.
 - D) Morfina.

10. 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:

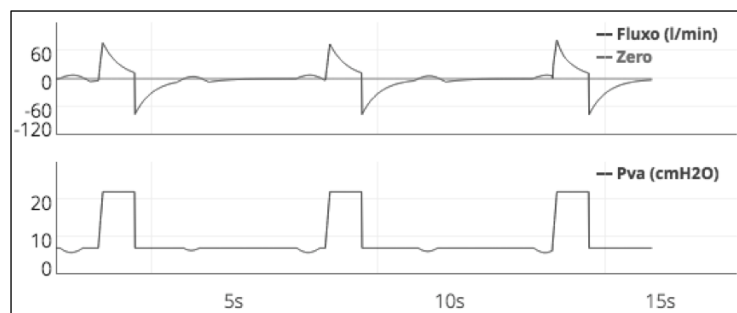
- A) manter dieta zero, sonda retal e solicitar exames de imagem.
 - B) manter dieta zero, passar sonda naso-gástrica e solicitar exames de imagem.
 - C) iniciar dieta líquida restrita, sonda retal e observar evolução e solicitar exames de imagem.
 - D) iniciar dieta branda, procinéticos, inibidores de bomba de prótons IV e solicitar exames de imagem.
11. 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.

12. 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 +/4, 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.
13. 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.

14. 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.

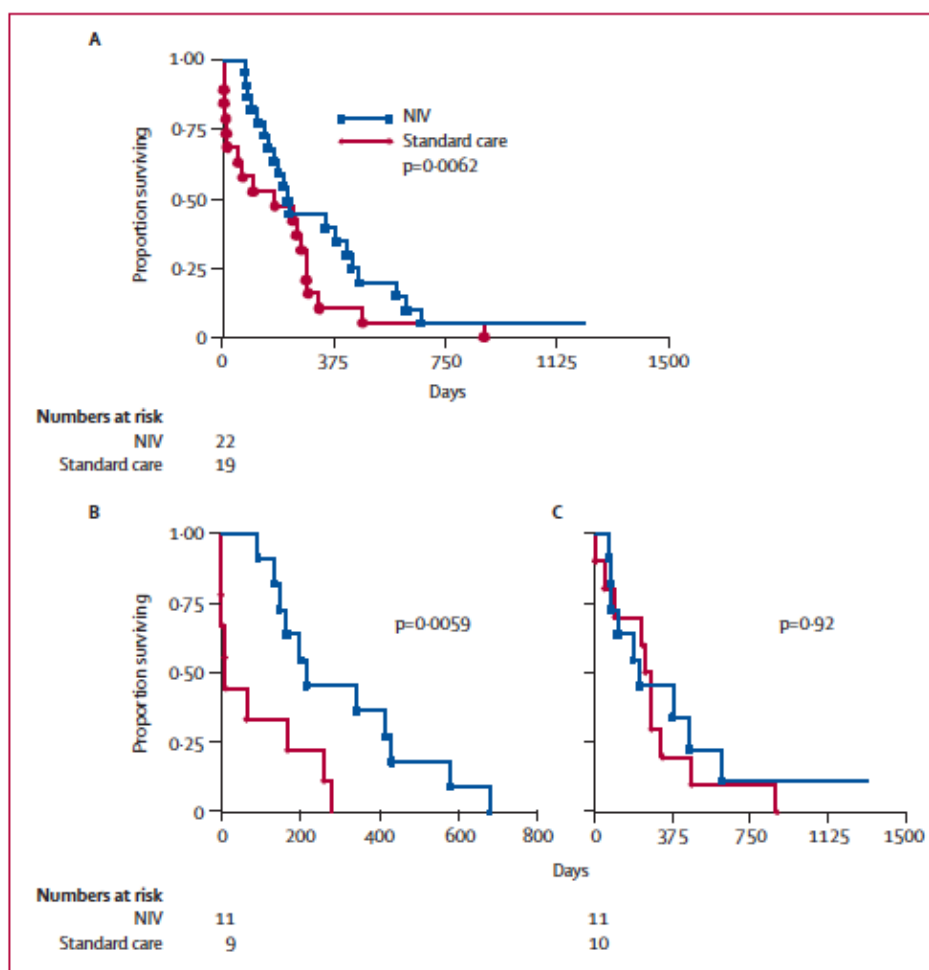


Figure 2: Survival from randomisation

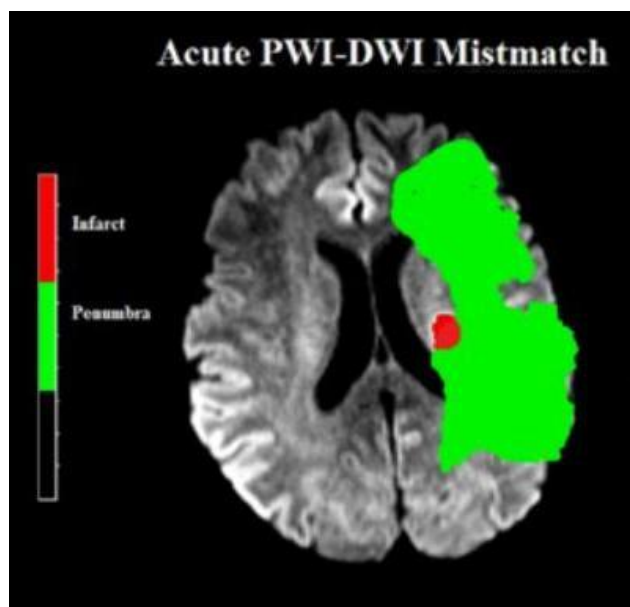
A: all patients; B: patients with normal or moderately impaired bulbar function; C: patients with severe bulbar impairment.

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

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.

15. 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 +/4+. 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) Hidratação IV, esmolol, propiltiouracil (PTU), solução de Lugol 1-2h após PTU e hidrocortisona.
 B) Amiodarona, heparina, propiltiouracil (PTU), solução de Lugol 1-2 h após PTU e hidratação IV.
 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.
16. 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 4)

Frente à imagem obtida, qual a melhor conduta?

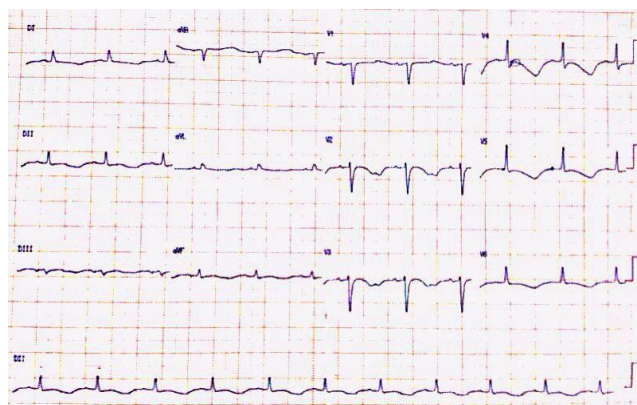
- A) Manter conduta de suporte tendo em vista já haver região de infarto na RNM.
 B) Indicar craniectomia descompressiva, tendo em vista extenso infarto cerebral.
 C) Iniciar antiagregação e manter controle de PA e glicemia devido extensa área de penumbra
 D) Indicar trombólise com ou sem trombectomia, tendo em vista presença de “mismatch” perfusão-difusão.
17. 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.

18. 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 mE/L		
		Aspecto: límpido		
		pH: 5.0		
		Densidade: 1.030		
		Proteínas: neg		
		Glicose: ++++		
		Corpos cetônicos: +		
		Nitrito: negativo		
		Leucocitos <1000		

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%.
19. 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, pleora 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 5)

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.
20. 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.