



PSU-RESMED/CE - 2023

PROGRAMA ANOS ADICIONAIS: CLÍNICA MÉDICA

ESPECIALIDADE: Clínica Médica (R3)

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 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. A Folha de Respostas do participante será disponibilizada em sua área individual na data estabelecida no Anexo II, conforme subitem 8.13 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 três últimos participantes só poderão deixar a sala simultaneamente e após a assinatura da Ata de Aplicação.

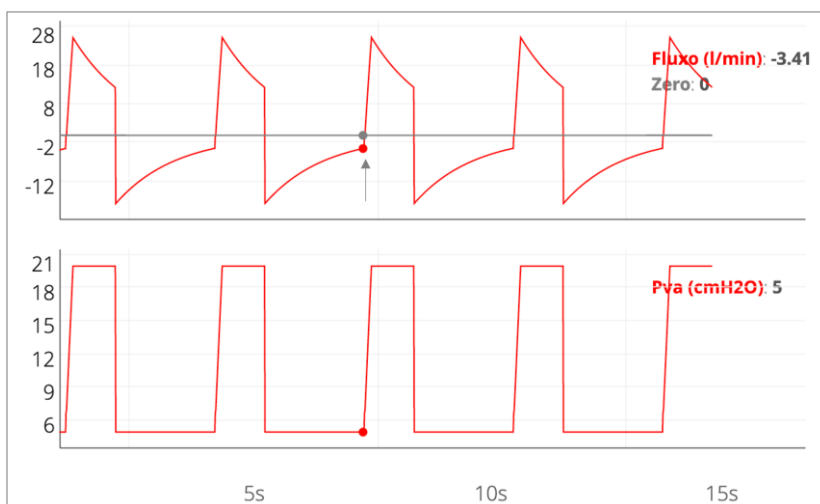
Boa prova!

Fortaleza, 02 de novembro de 2022.

Inscrição

Sala

- 01.** Paciente feminina, 40 anos, 5 meses após relações sexuais desprotegidas, iniciou aftas orais, artrite de mãos, febre e em investigação diagnóstica há 2 meses apresentou FAN positivo homogêneo 1/640, C3: 72mg/dl (90,0 a 180,0 mg/dl), C4: 7mg/dl (16,0 a 38,0 mg/dl), VHS: 40mm/h (até 20mm/h), PCR: 4,65mg/dl (até 0.1 mg/dl), sendo medicada com hidroxicloroquina 400mg/dia e prednisona 20 mg/dia. Evolui há 2 dias com cefaleia intensa, confusão mental e alucinações auditivas. Deu entrada no pronto-socorro com temperatura de 38,5 °C; artrite em punhos; Glasgow 13; sem sinais localizatórios. Negou uso de drogas ilícitas. Nesse contexto, além do exame de imagem do encéfalo, qual seria a melhor conduta?
- A) Líquor e reduzir corticoide.
B) Líquor e manter medicações.
C) VDRL e aumentar o corticoide.
D) EEG e prescrever pulso de solumedrol.
- 02.** Mulher, 45 anos, refere que há 7 anos apresenta palidez e cianose dos dedos das mãos quando exposta ao frio, evoluindo há 5 anos com sensação de inchaço nas mãos e pés e surgimento de feridas dolorosas nas pontas dos dedos, com posterior cicatriz. Vem em consulta com queixas de queimação retroesternal e dificuldade para engolir alimentos sólidos, associados a empachamento pós-prandial. Nega engasgos. Ao exame físico, edema de dedos com microcicatrices em polpas digitais e telangiectasias em face, sem alteração em ausculta cardíaca ou pulmonar, sem artrite. Diante desse caso clínico, qual anticorpo está associado ao diagnóstico e qual tratamento para o quadro retroesternal?
- A) Anti-topoisomerase I e omeprazol.
B) Anti-HMGCR e domperidona.
C) Anti-RNP e domperidona.
D) Anti-jo-1 e omeprazol.
- 03.** Mulher, 59 anos, com antecedentes de asma, foi submetida a extensa cirurgia para ressecção de neoplasia gástrica. No pós-operatório, o médico plantonista chamou a atenção para os achados nas curvas da tela do ventilador mecânico, como mostra a figura abaixo. Encontrava-se em modo pressão controlada (PCV) com PEEP de 5cmH₂O, ainda sob efeitos anestésicos e sem uso aparente de musculatura respiratória.



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

Diante do quadro fisiopatológico da mecânica respiratória, qual das condutas abaixo seria mais eficiente em revertê-lo ou atenuá-lo?

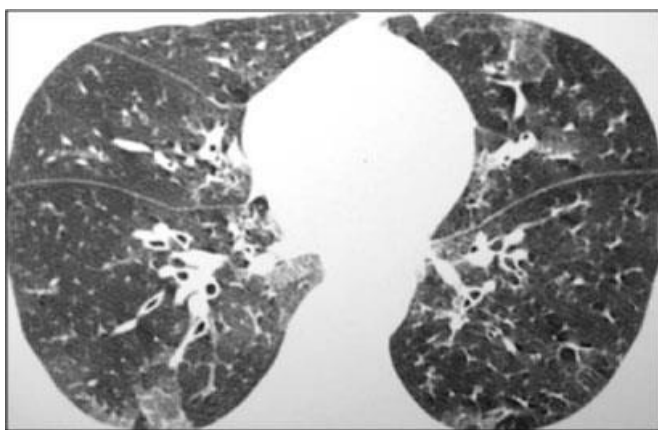
- A) Reduzir a PEEP externa.
B) Aumentar o tempo inspiratório.
C) Aumentar a pressão aplicada acima da PEEP.
D) Reduzir a frequência respiratória programada.

- 04.** Homem de 65 anos, diabético, comparece à emergência com redução do volume urinário. Apresenta queixa de lombalgia mecânica há 30 dias, para a qual vem tomando ibuprofeno diariamente para alívio da dor. Exames realizados na emergência: Hemoglobina 13,2g/dL / Leucócitos 6.000/mm³ com diferencial normal / Plaquetas 188.000/mm³ / Ureia 188mg/dL / Cr 1,8mg/dL / Sódio 134mEq/L / Potássio 5,0mEq/L / Bicarbonato 16mEq/L / Sumário de urina sem proteinúria e sem hematúria. Traz exame de urina de um mês atrás com relação albumina-creatinina de 10mg/g. Qual o principal mecanismo fisiopatológico envolvido na lesão renal desse paciente?
- A) Vasoconstrição da arteríola aferente.
 - B) Aumento da pressão de filtração glomerular.
 - C) Deposição de cadeias Kappa e Lambda nos glomérulos.
 - D) Inflamação e stress oxidativo mediados por glicosilação de proteínas.
- 05.** Mulher de 25 anos comparece ao pronto-socorro com edema agudo de pulmão hipertensivo. Refere redução do débito urinário e anasarca há uma semana. Exames: Creatinina 2,5mg/dL / Ureia 188mg/dL / C3 e C4 baixos / FAN reagente padrão nuclear homogêneo 1:1280 / anti-DNA positivo / Sumário de urina com hematúria 3+/4+ e proteinúria 3+/4+. Qual achado se espera encontrar de forma predominante na biópsia renal dessa paciente?
- A) Proliferação endocapilar difusa.
 - B) Fibrose em mais de 90% dos glomérulos.
 - C) Espessamento da membrana basal glomerular.
 - D) Crescentes celulares em mais de 50% dos glomérulos.
- 06.** Homem de 32 anos, portador de leucemia mieloide aguda em quimioterapia, encontra-se internado devido a neutropenia febril. Foram iniciados antibióticos de amplo espectro e fator estimulador de G-CSF. Após 48 horas, o paciente evoluiu afebril e com ascensão importante dos neutrófilos. Sinais vitais: PA 120x80mmHg FC 88bpm FR 14irpm. Exames após 48 horas do tratamento: Hemoglobina 7,5g/dL / Neutrófilos 1500/mm³ / Plaquetas 62.000/mm³ / Ureia 34mg/dL / Creatinina 0,6mg/dL / Sódio 135mEq/L / Potássio 2,8mEq/L / Gasometria arterial: pH 7,49 pO₂ 96mmHg pCO₂ 47mmHg Bicarbonato 30mEq/L. Visando corrigir o desequilíbrio ácido-base desse paciente, qual a conduta adequada inicialmente?
- A) Iniciar expansão volêmica.
 - B) Administrar acetazolamida.
 - C) Prescrever cloreto de potássio.
 - D) Realizar ventilação mecânica não invasiva.
- 07.** Homem de 45 anos, procurou atendimento referindo quadro de prurido no corpo há pelo menos 5 anos, com piora durante a noite, além de episódios de febre com calafrios em pelo menos duas ocasiões. Durante estes episódios chegou a fazer uso de antibióticos, sentiu fadiga e percebeu a urina um pouco mais escura, além de coloração amarelada nos olhos. Não bebe, não fuma, nega uso de medicação ou suplementos. Ao exame físico: ictérico ++/4, corado, escoriações pelo corpo, IMC de 28Kg/m². Exame cardiopulmonar normal. Abdome com fígado palpável 3 cm abaixo do rebordo costal direito, hepatimetria de 16cm, borda romba, baço 2cm abaixo rebordo costal esquerdo, sem ascite. Ausência de edema em membros inferiores. Trouxe os exames AST: 60U/L (nl). Considerando esse quadro, qual o diagnóstico mais provável?
- A) Colangite biliar primária.
 - B) Colangite biliar secundária.
 - C) Hepatite crônica pelo vírus B.
 - D) Colangite esclerosante primária.
- 08.** Mulher de 30 anos esteve gripada há cerca de 3 semanas e evoluiu com queixas de fraqueza, tremores de extremidades e palpitações há 5 dias. Ao exame físico: fácies atípica; mãos com tremor fino; Pressão Arterial 140 x 80 mmHg, Frequência Cardíaca 108 bpm, Ausculta Cardíaca: RCR, 2T, BNF, sem sopros; tireoide: bócio discreto, assimétrico (lobo direito maior que o esquerdo), de consistência firme, doloroso à palpação e à deglutição, móvel, sem eritema, sem calor, sem sopro sobre a glândula; sem adenomegalia cervical. Exames laboratoriais mostraram TSH < 0,01 uU/mL (VR 0,5-4,5 uU/mL), T4 livre: 2,1 ng/dL (VR 0,7-1,8 ng/dL), VHS: 60 mm/h (VR até 20 mm/h). Considerando o provável diagnóstico, assinale a conduta adequada.
- A) Iniciar metimazol.
 - B) Encaminhar para radioiodoterapia.
 - C) Iniciar metimazol e betabloqueador.
 - D) Iniciar anti-inflamatório não esteroide e betabloqueador.

09. Mulher de 25 anos, previamente hígida, referenciada a ambulatório terciário por apresentar cansaço, palpitações e dispneia aos moderados esforços há 3 meses. No exame físico, apresenta desdobramento de B2 em foco pulmonar e discreto sopro sistólico tricúspide. Ausculta pulmonar normal. Sem hipocratismo digital ou outras alterações ao exame. Saturação de oxigênio normal. Traz eletrocardiograma com desvio de eixo para direita. Ecocardiograma transtorácico com discreto aumento de ventrículo direito, insuficiência tricúspide, pressão sistólica de artéria pulmonar estimada em 30mmHg e cavidades esquerdas normais. Refere uso regular de ansiolíticos, cocaína e álcool, há cerca de 6 meses. Usa anticoncepcional oral combinado. Quais achados no exame de cateterismo cardíaco são compatíveis com a principal hipótese diagnóstica desta paciente?

- A) Pressão média de artéria pulmonar 32mmHg, pressão de oclusão da artéria pulmonar 10 mmHg e resistência vascular pulmonar 8 UW (unidades Woods).
- B) Pressão média de artéria pulmonar 40mmHg, pressão de oclusão da artéria pulmonar 20 mmHg e resistência vascular pulmonar 6 UW (unidades Woods).
- C) Pressão média de artéria pulmonar 30mmHg, pressão de oclusão da artéria pulmonar 18 mmHg e resistência vascular pulmonar 2 UW (unidades Woods).
- D) Pressão média de artéria pulmonar 42mmHg, pressão de oclusão da artéria pulmonar 13 mmHg e resistência vascular pulmonar 1 UW (unidades Woods).

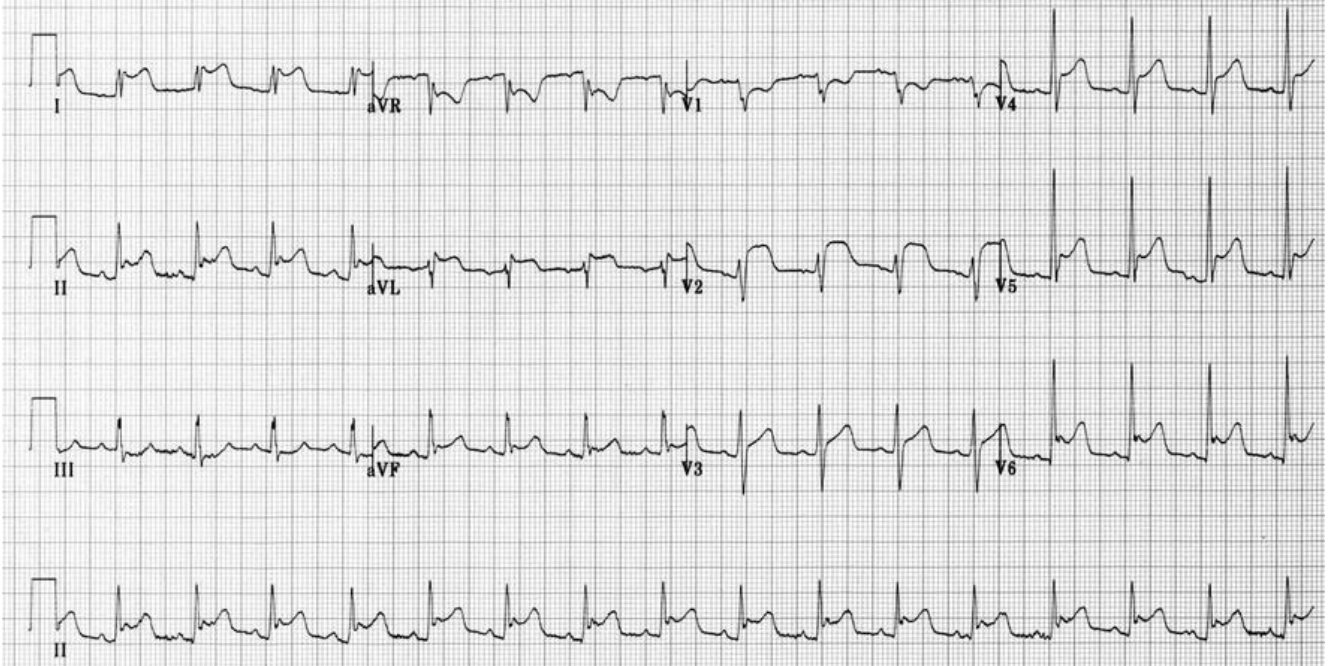
10. Homem, 68 anos, pós-transplante alogênico de medula óssea há 6 meses, para leucemia mieloide crônica. Evolui com febre baixa, tosse seca, dispneia, manchas vermelhas na face, xeroftalmia e xerostomia, artralgia em mãos, punhos, joelhos e tornozelos e dispneia. Ao exame, apresenta rash malar, sinais flogísticos nas articulações acometidas e sibilos à ausculta pulmonar. Realizou espirometria, que mostrou distúrbio ventilatório inespecífico. Aumento de transaminases e de fosfatase alcalina. Traz TC de tórax.



Qual a principal hipótese diagnóstica?

- A) Falência do enxerto com pneumonia por citomegalovírus.
 - B) Doença enxerto versus hospedeiro, crônica, com bronquiolite obliterante.
 - C) Doença enxerto versus hospedeiro, aguda, com pneumonia criptogênica organizante.
 - D) Toxicidade pulmonar tardia por quimioterápico com pneumonia intersticial inespecífica.
11. Paciente feminina, 70 anos, professora universitária aposentada, trazida por familiares para avaliação devido alterações de comportamento há cerca de seis meses. Filha relata que em alguns dias a mãe se encontra agitada, com relatos irreais sobre pessoas e crianças em seu quarto, além de aparentemente desatenta. Paciente descreve crianças pequenas com roupas coloridas e bonitas, quando questionada nesses episódios. Adicionalmente, tem apresentado maior lentidão de marcha e algumas quedas, como se estivesse “com as juntas travadas e rígidas”, segundo relato da filha. Sem queixas relacionadas a humor e com alguns pequenos lapsos de memória, principalmente nos dias em que apresenta a alteração comportamental. Nos testes cognitivos apresenta Mini-Exame do Estado Mental com escore de 27 e Avaliação Cognitiva de Montreal (MoCA) de 21 pontos. Considerando a hipótese principal, qual dado de história clínica reforçaria a suspeita diagnóstica?
- A) Presença de incontinência urinária.
 - B) Relato de desinibição e hipersexualidade.
 - C) Características de distúrbio comportamental do sono REM.
 - D) Controle adequado de sintomas com dose baixa de neuroléptico.

12. Homem de 26 anos queixa-se de dor torácica retroesternal com a inspiração profunda, dispneia em repouso e palpitações há 3 dias. Relata ainda febre baixa, mialgia e alívio da dor torácica quando debruça-se sobre os joelhos. Há duas semanas, apresentou quadro de infecção de vias aéreas superiores, e testou positivo para SARS-COV-19. Ao exame físico, mostra-se com bom estado geral, eupneico e afebril, FC 110 bpm. AC: RCR, 2T, bulhas hipofonéticas, sem atritos ou sopros. AP: MVU, s/RA. Restante do exame físico sem anormalidades. Foram realizados alguns exames cujos resultados relevantes foram os seguintes: linfocitose discreta, elevação da PCR-US e Troponina I e CK-MB massa elevados acima do limite superior da normalidade. O Ecocardiograma realizado evidenciou leve redução da fração de ejeção e no ECG são descritas alterações difusas da repolarização ventricular. Realizou uma Angiotomografia de Tórax (Protocolo de descarte triplo) que não evidenciou anormalidades.



Nesse contexto clínico, e com base nos exames complementares realizados, qual a hipótese diagnóstica mais provável?

- A) Pericardite aguda.
 - B) Miocardite aguda provável.
 - C) Miocardite aguda definitiva.
 - D) Síndrome Coronariana Aguda.
13. Paciente de 60 anos, sexo masculino, é avaliado em ambulatório por frequentes quedas, geralmente ao levantar-se da cama, quadro este iniciado há pouco mais de 2 meses. Queixa-se ainda de parestesias em membros inferiores. Quando questionado, relata urina espumosa. Nega quaisquer comorbidades. Exame físico evidencia pressão arterial de 120x80mmHg (deitado), 90x65mmHg (em pé), exames cardiopulmonar e abdominal normais. Apresenta hiporreflexia tendinosa profunda em membros inferiores, com hipoestesia tátil distal; não se observam outras alterações. Hemograma, sorologias e eletrólitos estão normais, assim como função hepática e renal. Não apresenta alterações de glicemia e função tireoidiana. Eletroneuromiografia revela polineuropatia sensitiva e motora de padrão axonal em membros inferiores. Ecocardiograma evidencia disfunção diastólica grau 2 com função sistólica preservada. Eletrocardiograma está normal, exceto por baixa amplitude de ondas. Análise urinária mostra 1,8g de proteínas em coleta de 24h. Eletroforese de proteínas sérias é normal. Imunofixação de proteínas sérias mostra pico monoclonal de cadeia lambda, sem associação com pico de cadeia pesada. Considerando o diagnóstico mais provável, qual o próximo e mais adequado passo a ser tomado na abordagem diagnóstica?
- A) Biópsia de medula óssea.
 - B) Biópsia de coxim adiposo.
 - C) Biópsia de miocárdio.
 - D) Biópsia renal.

14. Homem, 56 anos, procurou atendimento médico por apresentar, há 6 dias, febre, dor de garganta e irritação nos olhos, além de apresentar manchas dolorosas na pele, que progrediram ao longo dos últimos 3 dias. Em uso de dipirona, sem melhora da dor ou febre. Tem diagnóstico de lupus eritematoso há 2 anos, em tratamento com azatioprina e prednisona. Há 10 dias, realizou tratamento para infecção urinária com sulfametoxazol-trimetoprima. Ao exame: estado geral comprometido, taquicárdico (124 bpm), taquipneico (25 irpm) e febril. Exame dermatológico: vide foto. Exames iniciais demonstram anemia leve, linfopenia, glicemia sérica de 252 mg/dL. Biópsia de pele revelou necrose de queratinócitos em toda a extensão da epiderme com discreto infiltrado inflamatório linfocítico na derme subjacente.



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

Além do internamento e suporte hidroeletrólítico, qual a principal conduta terapêutica neste momento para a doença aguda do paciente acima?

- A) Início de ciclosporina.
 - B) Insulinoterapia endovenosa.
 - C) Aumento da dose do corticoide e azatioprina.
 - D) Antibioticoterapia com cobertura para *S. aureus*.
15. Idoso, 77 anos, com histórico de episódio depressivo de início há 3 meses para o qual foi recomendado uso de Venlafaxina, traz queixa nova de sensação de urgência em movimentar os membros ao deitar-se e ficar em repouso a noite. A sensação desconfortável é aliviada quando ele levanta da cama ou faz alongamentos. Esses sintomas vêm dificultando a conciliação do sono e o deixam cansado durante o dia. Ao exame: PA 110x70 mmHg; FC 70 bpm; regular; T 36,3°C; bom estado geral, discreta palidez cutâneo-mucosa, ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações; abdome flácido, sem visceromegalias; pulsos periféricos palpáveis, varizes incipientes em membros inferiores, tempo de enchimento capilar 2 segundos; neurológico: consciente e orientado, face simétrica, língua centrada, força muscular grau 5 global, reflexos osteotendíneos grau 2 global, exceto aquileus grau 1, cutâneo plantar flexor bilateral, sensibilidade sem alterações, Romberg ausente. Diante desse cenário, assinale o diagnóstico e conduta mais adequados.
- A) Polineuropatia sensitiva, solicitar eletroneuromiografia.
 - B) Acatisia, iniciar antagonista dopaminérgico para controle.
 - C) Síndrome de pernas inquietas, trocar remédio antidepressivo.
 - D) Doença arterial obstrutiva periférica, solicitar doppler arterial.
16. Homem de 72 anos apresenta úlceras cutâneas dolorosas, púrpuras palpáveis difusas, parestesias de membros inferiores, poliartralgia e fadiga há 3 meses. Exames: Hemoglobina 7,2g/dL / Leucócitos 7500 como diferencial normal / Plaquetas 152.000/mm³ / Coombs direito positivo com presença de IgM e C3d / anti-HCV reagente / Fator reumatoide positivo / Haptoglobina reduzida / Reticulócitos 188.000/mm³ / C3 normal / C4 abaixo do limite inferior da normalidade. Considerando a provável etiologia da anemia desse paciente, qual o tratamento adequado?
- A) Rituximab.
 - B) Esplenectomia.
 - C) Imunoglobulina.
 - D) Pulsoterapia com metilprednisolona.

17. Homem de 62 anos comparece para avaliar dispneia de esforços. Ele refere que o quadro iniciou há 6 meses e vem evoluindo de maneira progressiva. Há cerca de 1 mês, surgiu também edema de membros inferiores. Ele negou comorbidades. No interrogatório por órgãos e aparelhos referiu episódios de artrite em mãos e joelhos, além de dificuldade de ereção e sua esposa referiu notar que sua pele vem escurecendo. No exame físico, você observa quarta bulha na ausculta cardíaca, hepatomegalia, esplenomegalia Boyd 2 e uma tonalidade bronzeada na sua pele. Trouxe exames com glicemia de jejum de 168mg/dL e hemoglobina glicosilada de 7,8%. Considerando o provável diagnóstico desse paciente, qual dos exames abaixo deve ser o próximo realizado?
- A) Cortisol sérico matinal.
 - B) Dosagem sérica do cobre.
 - C) Índice de saturação de transferrina.
 - D) Imunofixação de proteínas séricas.
18. Paciente, sexo feminino, 52 anos, portadora de Leucemia Mielomonocítica Aguda, em remissão após esquema de quimioterapia (QT) de indução 7+3, já tendo realizado múltiplas transfusões. No 14º dia de internação para quimioterapia de consolidação, apresentou febre de 38°C, sendo iniciado antibioticoterapia e realizada transfusão profilática de plaquetas, visto plaquetometria de 18000/mm³. Evoluiu em curva de recuperação medular, com resolução completa da neutropenia e plaquetopenia, afebril, hemoculturas negativas. Seis dias após quadro febril, paciente apresentou múltiplas equimoses difusas em membros e gengivorragia, com hemograma evidenciando Hb 8,6 g/dL Leucócitos 10280/mm³ Neutrófilos 6900/mm³ Plaquetas 7000, sem esquizócitos, blastos ou agregados plaquetários no esfregaço periférico. Considerando o exposto, qual a principal hipótese diagnóstica para o caso?
- A) Pseudotrombocitopenia.
 - B) Púrpura pós-transfusional.
 - C) Recaída de leucemia aguda.
 - D) Púrpura trombocitopênica trombótica.
19. Mulher de 75 anos, sem história prévia de hipertensão arterial, chega com hemiparesia direita e afasia de início visualizado há 2 horas do momento da entrada na emergência. Na avaliação inicial, apresenta frequência cardíaca de 110 bpm, pressão arterial sistólica (PAS) de 200mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) de 100mmHg. Ao exame neurológico, apresenta força grau III em dimídio direito, envolvendo face, afasia de expressão e hemi-hipoestesia direita, totalizando um escore NIHSS de 13. A tomografia de crânio realizada em 10 minutos após a chegada, encontra-se abaixo.



Qual a melhor conduta nesse momento?

- A) Iniciar aspirina 300 mg/dia e manter sem anti-hipertensivo, exceto se elevação da PAS>220mmHg ou PAD>120mmHg.
- B) Iniciar metoprolol 5mg EV a cada 10 minutos até atingir PAS<180 mmHg e PAD<105 mmHg, então iniciar aspirina 300 mg/dia.
- C) Iniciar rTPA 0,9mg/kg EV com 10% da dose em bolus e manter sem anti-hipertensivo, exceto elevação da PAS>220 ou PAD>120mmHg.
- D) Iniciar metoprolol 5mg EV a cada 10 minutos até atingir PAS<180 mmHg e PAD<105 mmHg, então iniciar rTPA 0,9mg/kg EV com 10% da dose em bolus.

20. Mulher, 66 anos, internada por sepse secundária a pneumonia adquirida na comunidade. Sem comorbidades. Em uso de levofloxacino, metilprednisolona, salbutamol inalatório e profilaxia para tromboembolismo venoso com heparina não fracionada. Evoluiu nas primeiras 72h da internação com resolução da febre, taquicardia e taquipneia, sem uso de oxigenioterapia, e com a seguinte evolução dos exames laboratoriais: Admissão: HB 13,2g/dL HT 39% Leucócitos 23800/mm³ neutrófilos 85% bastões 12% Plaquetas 176mil/mm³ PCR 18 (normal < 0,5) Ureia 42mg/dL Creatinina 0,8mg/dL 48h de internação: HB 12,5g/dL HT 37% Leucócitos 18500/mm³ neutrófilos 82% bastões 8% Plaquetas 168mil/mm³ PCR 15mg/dL Hoje, no 6º dia de internação, paciente apresentou dispneia súbita, dor em hemitórax esquerdo, hipossaturação (SaO₂ 88%), taquicardia (frequência cardíaca 122bpm, ritmo sinusal) e taquipnéia (frequência respiratória 28irpm), sem instabilidade hemodinâmica. Realizou angiotomografia de tórax que confirmou diagnóstico de tromboembolismo pulmonar (TEP), e avaliação laboratorial a seguir: 6º dia de internação: HB 12,1g/dL HT 36% Leucócitos 9800/mm³ Neutrófilos 68% Bastões 2% Plaquetas 28mil/mm³ (confirmada em tubo de citrato e em avaliação de esfregaço periférico) PCR 1,8mg/dL ureia 42mg/dL creatinina 0,6mg/dL.

Considerando o diagnóstico provável, qual o tratamento adequado?

- A) Ajustar heparina não fracionada para dose terapêutica.
- B) Suspender heparina não fracionada e iniciar imediatamente varfarina.
- C) Suspender heparina não fracionada e iniciar imediatamente fondaparinux em dose terapêutica.
- D) Ajustar anticoagulação terapêutica com heparina não fracionada ou heparina de baixo peso molecular e trocar antibioticoterapia.