

PSU-RESMED/CE - 2023.2

EDITAL Nº 02/2023
(Extemporâneo)

PROGRAMA PRÉ-REQUISITO: CLÍNICA MÉDICA

ESPECIALIDADE: Geriatria

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 8.14 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 três últimos participantes só poderão deixar a sala simultaneamente e após a assinatura da Ata de Aplicação.

Boa prova!

Fortaleza, 04 de Junho de 2023.

Inscrição

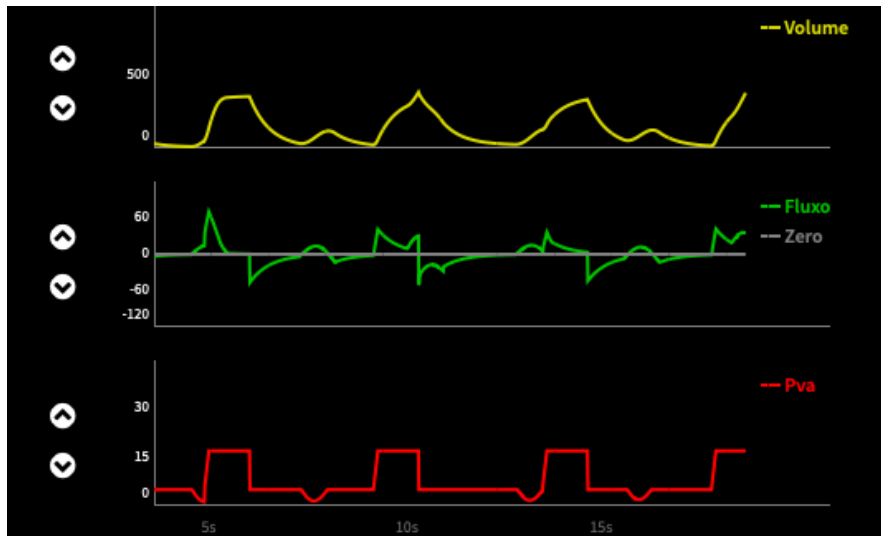
Sala

- 01.** Paciente masculino, 72 anos, internado na enfermaria para realização de artroplastia de quadril eletiva. Hoje, no 2º pós-operatório, evolui com discurso desconexo em diversos momentos do dia, além de referir que vai para casa pois já terminou o que tinha que fazer naquele ambiente, aparentemente não reconhecendo estar em um hospital. Tais momentos são contornados verbalmente pela esposa e filha. Era previamente funcional, independente e sem problemas cognitivos aparentes. Fazia uso crônico de losartana 50mg/dia para hipertensão arterial e alopurinol 300mg/dia para hiperuricemia, além de clonazepam 0,5mg/dia para dormir, estando em uso de tais medicações durante a internação.
Qual medida deve ser tomada para melhor controle do quadro?
- A) Suspender clonazepam em uso.
 - B) Iniciar risperidona em dose baixa.
 - C) Manter controle verbal da agitação.
 - D) Prescrever contenção física nas exacerbações.
- 02.** Paciente feminina, 58 anos, vem à consulta de retorno apresentando queixa de dispneia aos médios esforços, além de episódios de acordar à noite pelo desconforto para respirar. Atualmente, em uso de losartana 150mg/dia + espironolactona 25mg/dia + metoprolol 100mg/dia + furosemida 40mg/dia. Traz exames que mostram pro-BNP 700 pg/ml (VR: até 125pg/ml), Cr: 0,9 mg/dL (VR: 0,7-1,3mg/dL), glicemia de jejum: 85mg/dL. Hb glicada: 5,2%, hemograma sem alterações e ecocardiograma mostrando fração de ejeção de 38%, com dilatação de câmaras esquerdas. Ao exame, apresenta edema de membros inferiores discreto, pressão arterial: 120 x 70mmHg e frequência cardíaca de 56 batimentos por minuto.
Considerando benefícios quanto a mortalidade e hospitalização, qual o ajuste medicamentoso mais apropriado?
- A) Adicionar dapaglifozina e sacubitril valsartana.
 - B) Trocar losartana por ramipril e aumentar dose de furosemida.
 - C) Trocar losartana por sacubitril/valsartana + associar dapaglifozina.
 - D) Adicionar ivabradina e dapaglifozina + aumentar dose de furosemida.
- 03.** Paciente masculino, 75 anos, ex-professor universitário, comparece à consulta de retorno trazendo exames de investigação de queixa cognitiva solicitados por colega externo. Paciente e esposa relatam esquecimentos corriqueiros, com impacto em atividades diárias mais complexas, como dirigir, e no manejo financeiro. Apresenta Mini-exame do estado mental com escore de 25 pontos. Escala de Lawton com prejuízo leve e Escala de Katz com escore normal. Exame físico sem maiores achados. Ressonância de encéfalo mostra atrofia cortical e de hipocampus, sem outros achados de importância. Hemograma, perfil glicêmico, função renal, tireoidiana e hepática normais; dosagens de vitamina B12 e ácido fólico normais e sorologias negativas. Nega comorbidades prévias ou uso de medicamentos.
Qual conduta farmacológica está indicada?
- A) Manter sem medicação e reavaliar cognição no retorno.
 - B) Prescrever donepezila agora e memantina no retorno.
 - C) Prescrever memantina em dose progressiva.
 - D) Prescrever rivastigmina em dose progressiva.
- 04.** Paciente masculino, 45 anos, diabético tipo 1 em uso de insulina – trazido ao PS com quadro de convulsões tônico-clônica generalizadas há cerca de 15 minutos após uso de bolus de insulina regular, segundo familiares. Vinha em tratamento de depressão grave com ideação suicida e início recente de sertralina.
Qual a conduta imediata, após garantir proteção de vias aéreas?
- A) Glicose 50% endovenoso.
 - B) Midazolam intramuscular.
 - C) Diazepam endovenoso.
 - D) Fenitoína endovenosa.

05. Paciente masculino, 60 anos, portador de hipertensão arterial, dislipidemia e asma. Em uso de anlodipino 10mg/dia, rosuvastatina 20mg/dia e formoterol + budesonida inalatório. Comparece com queixa de tremor que notou há cerca de 6 meses e vem incomodando-o. Ao exame, apresenta tremor de intenção, bilateral e simétrico em mãos, além de leve tremor cefálico. Pesquisas de bradicinesia e rigidez negativas. Considerando a causa mais provável, qual a terapêutica apropriada a ser instituída?
- A) Primidona.
 - B) Levodopa.
 - C) Pramipexol.
 - D) Propranolol.
06. Paciente feminina, 45 anos, comparece à consulta para reavaliação 3 semanas após suspensão de tratamento para tuberculose pulmonar com esquema quádruplo (RIPE) por ter apresentado mal-estar e anorexia após início do mesmo, além de episódios esporádicos de vômitos. Exames prévios mostravam: TGO: 360 U/L (VR: até 45). TGP: 350 U/L (VR: até 40). Gama-GT: 180 U/L (VR: 9-36) Bilirrubinas: 1,8 mg/dL (VR: até 1,2 mg/dL). Restante da bioquímica sem alterações, hemograma normal. Traz novos exames que mostram TGO: 60U/L. TGP: 60U/L Gama-GT: 50 U/L e bilirrubinas: 1,0mg/dL e relata estar sem sintomas dispépticos, náuseas ou vômitos. Quanto à reintrodução sequencial dos medicamentos para tuberculose, a melhor ordem é reiniciar:
- A) rifampicina e etambutol e depois isoniazida + pirazinamida.
 - B) esquema com rifampicina, isoniazida e pirazinamida somente.
 - C) rifampicina + etambutol, depois pirazinamida e por último isoniazida.
 - D) rifampicina + etambutol, depois isoniazida e por último pirazinamida.
07. Homem de 60 anos, tabagista há 42 anos (40 cigarros/dia), chega à emergência com queixa de dispneia que vem piorando há cerca de 7 dias, além de tosse e expectoração amarelada. Relata crises prévias de dispneia, sem expectoração, mas que logo melhoravam. Radiografia de tórax mostra retificação de cúpulas diafragmáticas, com sinais de hiperinsuflação pulmonar, sem imagens sugestivas de consolidações. Ao exame, PA: 130x80mmHg, frequência cardíaca: 88bpm, frequência respiratória: 22ipm, Saturação de O₂: 95%. Ausculta pulmonar com roncocal e sibilos esparsos. Qual a conduta farmacológica indicada?
- A) Ipatrópio e levofloxacina.
 - B) Prednisona e salbutamol somente.
 - C) Levofloxacina e salbutamol somente.
 - D) Moxifloxacina, prednisona e salbutamol.
08. Paciente feminina, 70 anos, portadora de hipertensão, diabetes tipo 2 e insuficiência cardíaca. Em uso de carvedilol 25mg/dia, metformina 1000mg/dia, losartan 100mg/dia e hidroclorotiazida 25mg/dia (iniciada há 10 dias para melhor controle pressórico). Há cerca de 5 dias, passou a apresentar sonolência que foi se exacerbando e hoje trazida ao pronto-socorro. Não ocorreram outros sinais ou sintomas. Chega letárgica, com PA: 130 x 90mmhg. FC: 90. SatO₂: 96%. Exames mostram Na: 122mmol/L. K: 4,5 mmol/L. Ca: 9mg/dL, glicemia: 122 mg/dL, hemograma, função renal e função tireoidiana normais. Quanto à osmolaridade sérica, osmolaridade urinária e sódio urinário neste paciente, esperemos que estejam respectivamente:
- A) baixa, alta e baixo.
 - B) baixa, alta e alto.
 - C) alta, baixa e alto.
 - D) alta, alta e alto.
09. Paciente feminina, 38 anos, comparece ao atendimento com queixa de dores articulares e inchaço em mãos há cerca de 2 meses. Relata que o quadro é pior pela manhã, ao acordar, e que após cerca de 1 hora começa a melhorar. Ao exame, você nota calor e edema em interfalangeanas proximais do 1º ao 4º dedos bilateralmente, além de punhos. É hipertensa e portadora de hiperuricemia, além de tabagista desde os 20 anos (15 cigarros/dia) e etilista de final de semana. Não pratica atividade física. Paciente relata que a mãe tem “reumatismo” desde jovem que causou deformidades nas mãos. Considerando a hipótese mais provável, qual fator de risco pode estar associado ao quadro?
- A) Etilismo.
 - B) Tabagismo.
 - C) Hiperuricemia.
 - D) Sedentarismo.

10. Paciente feminina, 58 anos, portadora de HAS, obesidade e diabetes de difícil controle. Comparece para reavaliação relatando que na última consulta foi iniciada medicação para o diabetes que tanto controlou melhor os níveis medidos em domicílio, quanto causou perda ponderal de cerca de 2,5Kg (70kg > 67,5Kg). Traz exames com melhora do controle glicêmico após tal mudança. Esqueceu receita e não lembra quais medicações está tomando. Considerando o relato da paciente, qual a provável terapêutica instituída na última consulta?
- A) Dapaglifozina.
 - B) Pioglitazona.
 - C) Saxagliptina.
 - D) Metformina.
11. Homem de 58 anos foi trazido à emergência sudorético, pálido e sonolento. Segundo acompanhante, ele referiu queixa de palpitação há aproximadamente 20 minutos e que o quadro se iniciou após notificação de ritmo irregular pelo smartwatch. Nega episódios semelhantes anteriormente. Na avaliação inicial, a frequência cardíaca estava de aproximadamente 120bpm, com ritmo irregular, pressão arterial de 70x40mmHg, SatO₂ 84% e escala de coma de Glasgow de 13. ECG revelou o ritmo cardíaco sem ondas P e intervalos RR irregulares. Neste momento, a melhor conduta é:
- A) ablação por cateter.
 - B) anticoagulação oral.
 - C) cardioversão elétrica.
 - D) cardioversão farmacológica.
12. Homem de 45 anos, com histórico crônico de consumo excessivo de álcool de longa data, atualmente com consumo diário, foi trazido ao hospital com icterícia, astenia e desconforto abdominal. Exames laboratoriais revelam elevação das enzimas hepáticas, de bilirrubinas e da creatinina. A ultrassonografia abdominal mostrou aumento da ecogenicidade do fígado, ausência de dilatação de vias biliares e ausência de líquido na cavidade peritoneal. Foi calculado o MELD que foi de 22. Neste momento, a conduta mais adequada é:
- A) indicar transplante hepático de urgência.
 - B) iniciar prednisona 40mg/dia por 4 semanas.
 - C) prescrever ceftriaxona + metronidazol por 7 dias.
 - D) administrar ácido ursodesoxicólico 150mg após refeições.
13. Homem de 55 anos, com histórico de consumo crônico de álcool, procurou o pronto-socorro com dor abdominal na região epigástrica com irradiação para o dorso de início há 24 horas. Relatou também náuseas e vômitos. Ao exame físico, estava com pressão arterial de 70x40mmHg, frequência cardíaca de 110bpm com pulso filiforme, além de distensão e dor abdominal difusa à palpação. Exames laboratoriais revelaram amilase de 500U/L (referência até 125U/L) e lipase de 300U/L (referência até 60 U/L). Tomografia computadorizada abdominal com contraste mostrou edema pancreático, sem áreas de necrose. Houve melhora da dor abdominal com morfina intravenosa. Neste caso, a conduta mais adequada é expansão volêmica com:
- A) solução salina e programar nutrição parenteral após estabilização.
 - B) solução de Ringer com lactato e programar alimentação oral após estabilização.
 - C) albumina humana 20% e programar nutrição enteral com sonda na posição jejunal.
 - D) solução de hidroxietilamido e programar nutrição enteral com sonda na posição gástrica.
14. Mulher de 62 anos, portadora de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II, dislipidemia e queixas subjetivas de memória, retornou para consulta com TSH atual de 8mU/L e T4 livre de 1,5ng/dL (referência: 0,7 a 1,8ng/dL). No exame anterior, colhido há 6 meses, o resultado do TSH foi 7,5mU/L. Na consulta atual, a melhor recomendação quanto a conduta é:
- A) não iniciar levotiroxina, pois o TSH foi inferior a 10mU/L.
 - B) considerar tratamento com levotiroxina devido a queixa cognitiva.
 - C) não iniciar levotiroxina, pois o risco de isquemia miocárdica é elevado.
 - D) considerar tratamento com levotiroxina devido ao alto risco cardiovascular.

15. Homem de 28 anos, admitido na UTI com insuficiência respiratória aguda, no momento sob analgesia e sedação contínua, em ventilação mecânica controlada à pressão (modo PCV) com sensibilidade à pressão. Os gráficos do ventilador estão abaixo.



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

Qual tipo de assincronia está ocorrendo e qual ajuste deve ser realizado?

- A) Esforço inefetivo, aumentar a sensibilidade à pressão.
 - B) Ciclagem precoce, diminuir a sensibilidade à pressão.
 - C) Assincronia de fluxo, aumentar o fluxo inspiratório.
 - D) Ciclagem tardia, diminuir o tempo inspiratório.
16. Homem de 70 anos, internado na UTI no pós-operatório de colectomia à Hartmann por neoplasia com obstrução e sofrimento de alça, evoluiu com redução da pressão arterial média (PAM) para 50mmHg, frequência cardíaca de 115bpm (sinusal), lactato de 4,0mg/dl, saturação venosa central de oxigênio (SvO₂) de 60% e débito urinário de 0,1ml/Kg/h. Está sob bloqueio neuromuscular e ventilação mecânica modo controlado com volume corrente de 10ml/Kg e PEEP de 8cmH₂O. A monitorização hemodinâmica identificou uma variação de volume sistólico de 20%. Qual a conduta mais adequada nesse momento?
- A) Introdução de dobutamina.
 - B) Introdução de noradrenalina.
 - C) Reanimação volêmica com solução de Ringer.
 - D) Infusão de hidrocortisona na dose de 200mg/dia.
17. Homem de 35 anos, com diagnóstico prévio de HIV em tratamento antirretroviral irregular, apresenta-se com cefaleia intensa, febre e rigidez de nuca. A punção lombar revela pleocitose linfocítica e presença de leveduras encapsuladas com formas em brotamento na coloração com tinta da China. Qual das seguintes opções de tratamento é considerada a terapia de escolha inicial para este paciente?
- A) Monoterapia com fluconazol.
 - B) Monoterapia com caspofungina.
 - C) Terapia combinada com caspofungina e fluconazol.
 - D) Terapia combinada com anfotericina B desoxicolato e flucitosina.
18. Homem de 70 anos, sem histórico de tabagismo, realizou TC de tórax com cortes finos, sendo identificado nódulo pulmonar solitário de 5mm de caráter semissólido e com padrão em vidro fosco puro, localizado no ápice do lobo inferior direito. Neste caso, a melhor conduta quanto à investigação é:
- A) Não realizar nenhum seguimento.
 - B) Realizar nova TC de tórax após 3 meses.
 - C) Realizar nova TC de tórax após 12 meses.
 - D) Realizar PET-TC com contraste dinâmico.

19. Homem de 60 anos de idade, com história de doença renal crônica em diálise e diabetes mellitus tipo 2 em uso de insulina, veio ao hospital com queixa de dor e massa dolorosa, aparentemente calcificada em braço esquerdo, que surgiu nos últimos meses (imagem abaixo). O exame radiológico revelou calcificação de partes moles.



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

A restrição alimentar necessária para prevenir esta complicação é de:

- A) carboidratos.
 - B) potássio.
 - C) fósforo.
 - D) cálcio.
20. Homem de 32 anos, procurou atendimento no serviço de Atenção Primária à Saúde devido a lesão que surgiu há cerca de 3 meses, do tipo placa, com bordas nítidas, elevadas, eritematosa e micropapulosa, com centro hipocrômico, em região anterior do tórax. Nega contato com outras pessoas com lesões semelhantes. Segue abaixo o aspecto da lesão.



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

Qual deve ser o próximo passo na investigação diagnóstica deste paciente?

- A) Sorologia anti-PGL-1.
- B) Teste de sensibilidade tátil e térmica da lesão.
- C) Baciloscopia direta para bacilos álcool-ácido resistentes da lesão.
- D) Teste molecular para detecção de *M. leprae* (qPCR) em biópsia de pele.