



Edital Nº 03/2016

## CADERNO DE QUESTÕES

Data: 13 de novembro de 2016.

# 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 prevista no Anexo III, conforme no 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 três últimos participantes só poderão deixar a sala simultaneamente e após a assinatura da Ata de Aplicação.

Boa prova!

Inscrição

Sala

PSU-RESMED/CE - 2017

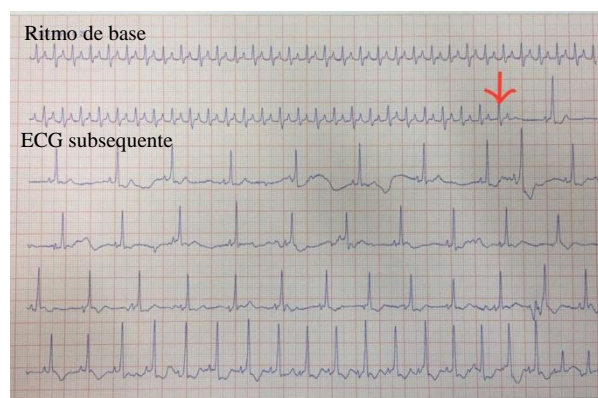
01. Paciente, 31 anos, dá entrada no setor de emergência com hemoptise persistente de grande volume. Encontra-se dispneico, taquicárdico, e cianótico. Após entubação, realizou-se tomografia de urgência que mostrou lesão fibrocatricial em lobo superior direito. Realizou broncoscopia rígida que identificou sangramento em brônquio para lobo superior direito que persistiu mesmo com aposição de balão endobrônquico e adrenalina. Evoluiu com instabilidade hemodinâmica. Qual a medida terapêutica mais adequada a ser realizada neste momento?
- A) Manter entubação e sedação e realizar embolização de artéria brônquica.  
B) Aumentar pressão positiva no final da expiração (PEEP) e manter sedação.  
C) Manter decúbito lateral esquerdo, sedação e aguardar resolução do quadro.  
D) Administrar plasma fresco congelado, concentrado de hemácias e crioprecipitado.
02. Homem, 68 anos, apresenta entre outras queixas "inchaço nas pernas". Ao exame físico: regular estado geral, mucosas hipocoradas (++++). PA: 120/80 mmHg. Apresenta edema de membros inferiores de (4+/4+), depressível e bilateral. Os exames atuais mostram hemoglobina 8,1g/dL, hematócrito de 25%, creatinina 1,6 mg/dL. O sedimento urinário revela proteína (4+/4+), sem outras alterações. Ultrassonografia renal: rins de tamanho aumentados sem anormalidades morfológicas. Trazia consigo um Rx de crânio como mostra a figura abaixo:



Diante da hipótese diagnóstica mais plausível, a composição principal da proteinúria e sua causa mais provável são respectivamente:

- A) Imunoglobulina, nefropatia por cilindros.  
B) Albumina e imunoglobulina, Síndrome de Fanconi.  
C) Albumina e imunoglobulina, glomerulonefrite membranosa.  
D) Albumina, doença glomerular por depósitos de cadeias leves.
03. Paciente do sexo feminino, 60 anos, há oito dias concluiu um tratamento para cistite aguda com Sulfametoxazol/trimetoprim. É hipertensa, relata doença coronariana e colocação de dois stents. Há 02 dias passou a apresentar quadro de febre (38,5°C), astenia e oligúria. Ao exame físico, apresenta rash cutâneo com característica eritemato papular nas regiões da face, tórax e abdome; PA 140 x 100 mmHg; Temperatura axilar de 38°C. Exames laboratoriais: Ht = 34%; Hb = 10,5g/dL; leucograma = 13.000/mm<sup>3</sup> (60 Segm/4 Bast/ 22 Linfo /12 Eos/2 Mon); ureia = 105 mg/dL; creatinina = 3,1 mg/dL; Na<sup>+</sup> = 137 mEq/L; K<sup>+</sup> = 5,3; mEq/L; FAN - negativo; sumário de urina: 15 leucócitos/campo; hemácias 20 /campo; cilindros leucocitários; raras bactérias. Proteinúria = 1,3 g/24h. Qual é a hipótese diagnóstica mais provável?
- A) Pielonefrite aguda.  
B) Nefropatia por IgA.  
C) Nefrite intersticial aguda.  
D) Ateroembolismo por colesterol.

04. Um homem de 37 anos, assintomático, com história de promiscuidade sexual, procura uma Unidade Básica de Saúde por recomendação do hemocentro de sua cidade devido às seguintes alterações laboratoriais: ALT 44 U/L (normal < 39), AST 38 U/L (normal < 42), HBsAg reagente, anti-HBs IgG reagente, anti-HBc IgG reagente.  
Qual a melhor interpretação para o quadro clínico-laboratorial do paciente?
- A) Hepatite B aguda.  
B) Hepatite B crônica.  
C) Infecção prévia por Vírus B curada.  
D) Resposta imunológica à vacina para Hepatite B.
05. Uma mulher de 31 anos, residente e procedente de Fortaleza-CE, médica, procura assistência médica queixando-se de "gases" e leve distensão abdominal (percebida apenas pela paciente) principalmente no fim do dia. Relata também pirose 1 vez por semana e diarreia intermitente, sem sangue ou muco, principalmente com a ingestão de leite de vaca e queijo. Vinha tentando engravidar há seis anos, sem sucesso. Ciclos menstruais irregulares, durante 3-4 dias, com pouco volume. Uma avaliação ginecológica há seis meses foi normal. Nega viagens habituais e tem ótima higiene alimentar. Ao exame físico: IMC de 17,8 Kg/m<sup>2</sup>, palidez cutâneo-mucosa +/-, anictérica, afebril. Tórax e abdome normais. Hematócrito 29%, hemoglobina 10g/dl, ferritina séria 5 ng/ml (normal 10-150), hemácias microcíticas e hipocrômicas, leucócito 8300/mm<sup>3</sup> com diferencial normal, VHS e PCR quantitativo normais, IgA e IgE séricas normais. Considerando-se o diagnóstico mais provável, qual o exame mais indicado para rastreamento diagnóstico?
- A) Teste de tolerância oral à lactose.  
B) Colonoscopia com biópsias dos colons.  
C) Anti-transglutaminase tecidual IgA sérica.  
D) Cápsula endoscópica (para intestino delgado).
06. Mulher, 51 anos, procura emergência com história de palpitações de início há 2 horas. Nega dor torácica ou dispneia. Ao exame, mostra-se cooperativa, orientada, eupneica, com Pressão Arterial de 130x90mmHg. Restante do exame físico normal. No momento indicado pela seta na parte superior da figura abaixo uma determinada droga foi aplicada conforme recomendações de Suporte Avançado de Vida - ILCOR/AHA 2015. Um eletrocardiograma subsequente foi realizado também visualizado na mesma figura.

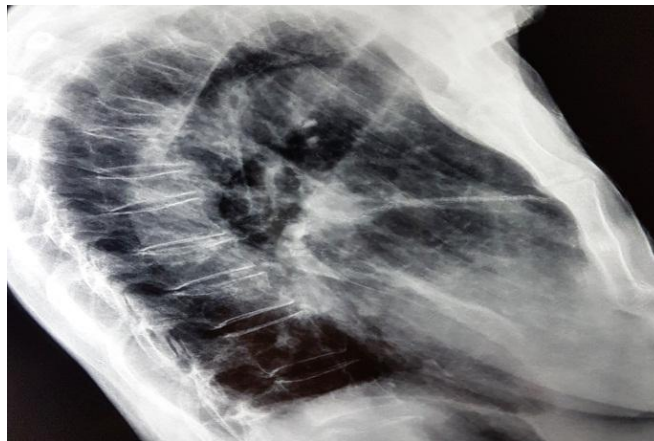


Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 1)

Qual o mecanismo fisiopatológico mais provável relacionado à arritmia e que medicação foi administrada, respectivamente?

- A) Taquicardia por Reentrada Átrio-ventricular. Adenosina.  
B) Taquicardia por Reentrada Átrio-ventricular. Amiodarona.  
C) Taquicardia por Reentrada Nodal. Amiodarona.  
D) Taquicardia por Reentrada Nodal. Adenosina

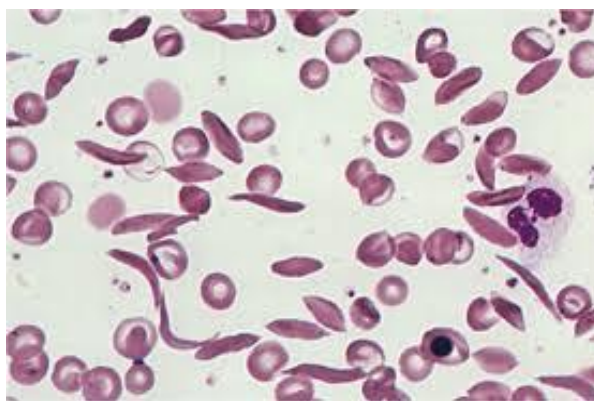
07. Paciente, 68 anos, realizando pré-operatório para ressecção de Adenocarcinoma de Cólon estágio II. Tabagista, dislipidêmico e hipertenso. Encontra-se dentro das metas para glicemia, colesterol e pressão arterial. Em uso de AAS, atenolol, sinvastatina e captopril. Procurou serviço de emergência com precordialgia, associada a náuseas e diaforese. Eletrocardiograma mostrava infradesnívelamento do segmento ST em DI, AVL, V5 e V6. Troponina i colhida na admissão: 1,34 ng/dl (VR < 0,1ng/dl). Procedido coronariografia que mostrou lesão de 98% proximal em artéria circunflexa. Além do tratamento clínico medicamentoso, qual a conduta mais adequada?
- A) Angioplastia percutânea com uso de stent farmacológico.  
 B) Angioplastia percutânea com uso de stent convencional metálico.  
 C) Cirurgia de revascularização miocárdica com uso de enxerto venoso para artéria circunflexa.  
 D) Cirurgia de revascularização miocárdica com uso de enxerto arterial para artéria circunflexa.
08. Homem, 41 anos, assintomático, procurou assistência médica para realização de "check-up" em virtude de história familiar positiva para hipertensão arterial (pai) e diabetes (mãe e avó materna). Negava tabagismo ou etilismo. Seu estilo de vida é sedentário há 15 anos. Ao exame: IMC: 31,5 kg/m<sup>2</sup> PA: 135 x 80 mmHg Pulso: 80 bpm CA: 104 cm Exames laboratoriais: Glicemia 108 mg/dL Colesterol total: 206 mg/dL HDL: 39 mg/dL e Triglicérides: 289 mg/dL Hbglicada A1C: 5,9% Ureia: 33 mg/dL Creat: 0,9 mg/dL. Nesse contexto, qual a condição clínica do paciente e a conduta mais apropriada para o caso?
- A) O paciente apresenta obesidade e síndrome metabólica com alto risco de progressão para DM tipo 2, sendo indicado neste caso a cirurgia bariátrica.  
 B) O paciente é portador de DM tipo 2 assintomático e deve ser orientado a perder peso (>5% do peso corporal) e praticar exercícios aeróbicos para prevenir suas complicações.  
 C) O paciente tem síndrome metabólica e deve iniciar uso de metformina 2g/dia pois esta intervenção é superior às mudanças de estilo de vida para prevenir o desenvolvimento de DM tipo 2.  
 D) O paciente apresenta síndrome metabólica e tem alto risco de progressão para DM tipo 2, devendo ser orientado a perder peso (>5% do peso corporal) e praticar exercícios aeróbicos 150 min por semana.
09. Paciente feminina, 73 anos, pós-menopausa, em investigação de dor torácica, com radiografia de tórax em perfil mostrada na figura abaixo.



Nesse contexto clínico, que fatores de risco poderiam justificar esse quadro clínico/radiológico?

- A) Fraturas prévias, demência e baixo peso.  
 B) Idade avançada, fraturas prévias e obesidade.  
 C) Sexo feminino, exercício físico regular e tabagismo.  
 D) Sexo feminino, ingestão excessiva de cálcio e menopausa.
10. Mulher, 30 anos, procura avaliação médica por conta de cefaleia com início há 7 anos. A paciente refere múltiplos episódios mensais de cefaleia bifrontal, em aperto, com duração de aproximadamente 1h cada. Não há piora com exercício, náuseas, vômitos ou fotofobia. A frequência vem aumentando recentemente e RNM de encéfalo é normal. Qual a opção terapêutica ideal para profilaxia na referida paciente?
- A) Amitriptilina.  
 B) Paracetamol.  
 C) Flunarizina.  
 D) Toxina botulínica.

11. Paciente do sexo feminino, 37 anos, é trazida para a Emergência Médica com forte cefaleia, rigidez de nuca e confusão. TC de crânio mostra hemorragia subaracnoideia e a paciente é internada em uma UTI. Após 7 dias com cefaleia leve-moderada, um plantonista da UTI detecta hemiparesia direita, com desvio do olhar conjugado para a esquerda e sonolência excessiva. TC de crânio de urgência mostra menor quantidade de sangue que no exame inicial, ventrículos laterais, terceiro e quarto ventrículos com tamanho semelhante ao inicial e hipodensidade no território da artéria cerebral média esquerda. O diagnóstico mais provável da piora do status neurológico da referida paciente é:
- Hidrocefalia.
  - Vasoespasmo cerebral.
  - Edema cerebral difuso.
  - Acidente vascular encefálico isquêmico embólico.
12. Paciente, 34 anos, com diagnóstico recente de HIV (em tratamento com antirretrovirais), retorna para consulta em unidade de referência. Dentre os exames solicitados por ocasião do diagnóstico, encontra-se uma radiografia de tórax que mostra lesão cavitária com alterações fibrosantes em lobo superior direito. O paciente nega sintomas respiratórios ou sistêmicos. O médico solicita a prova tuberculínica cujo resultado foi de 4mm e pesquisa de BAAR no escarro (03 amostras) que foi negativa. Tomografia de tórax sugeriu lesão de natureza cicatricial. Nega tratamento prévio para tuberculose. Dentre as opções abaixo, qual a conduta mais adequada nessa situação?
- Manter conduta expectante por tratar-se de quadro sequelar.
  - Repetir prova tuberculínica e radiografia de tórax em 3 meses.
  - Iniciar tratamento para infecção latente por TB com isoniazida.
  - Iniciar esquema RIPE por conta do resultado da prova tuberculínica.
13. Paciente masculino, 18 anos, internado com dor em hemitórax direito iniciado há 2 horas, de forte intensidade, associada à febre não mensurada e dispneia. Relata que há dois dias vinha apresentando dores difusas em membros, semelhantes aos quadros que o levaram a várias internações prévias. Ao exame físico, encontrava-se icteríco 2+/4+, descorado 2+/4+, com frequência respiratória de 31 incursões por minuto, saturação de O<sub>2</sub> de 82% em ar ambiente, murmúrio vesicular diminuído em base direita, com crepitações no mesmo local, e hepatomegalia. Apresentava Hb de 8,2 g/dL, leucócitos de 14.300/mm<sup>3</sup>, plaquetas de 110.000/mm<sup>3</sup>, LDH 1360 UI/L e bilirrubina total de 3,3 mg/dL, com indireta de 2,4 mg/dL. O esfregaço do sangue periférico encontra-se na figura abaixo.



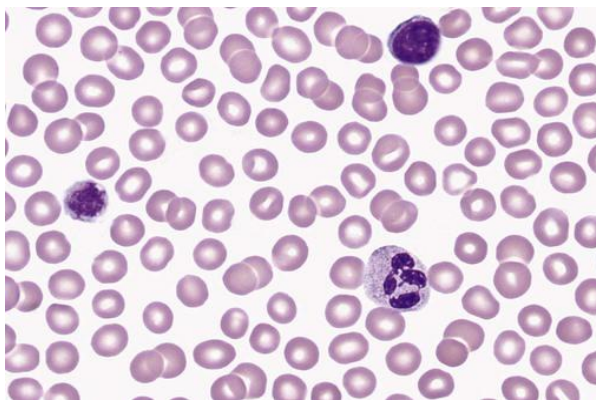
Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 2)

Qual o diagnóstico mais provável e a conduta a ser tomada, além da oxigenoterapia?

- Hemoglobinúria paroxística noturna e tromboembolismo pulmonar – solicitar angiotomografia de tórax e iniciar heparinização plena.
- Lupus com anemia hemolítica autoimune e tromboembolismo pulmonar – solicitar Coombs direto, angiotomografia de tórax e iniciar anticoagulação plena e corticoide.
- Doença falciforme com síndrome torácica aguda – iniciar hidratação venosa, antibioticoterapia, controle da dor e transfusão de concentrado de hemácias leucorreduzido.
- Pneumonia com sepse grave e anemia microangiopática por coagulação intravascular disseminada – solicitar TAP, TTPa, fibrinogênio e dímeros-D e iniciar antibiótico de largo espectro.



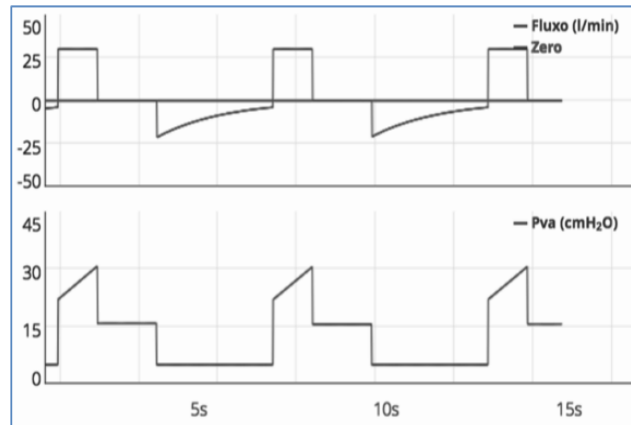
14. Paciente, 56 anos, foi atendido em setor de emergência com edema agudo de pulmão com necessidade de intubação. No terceiro dia permanecia em ventilação invasiva por dificuldades na compensação de insuficiência cardíaca. Neste mesmo dia, passou a apresentar febre de 39,2 °C, Leucocitose ( $13500/\text{mm}^3$ ) com desvio à esquerda e piora do índice de oxigenação. Radiografia de tórax não demonstrava sinais de congestão, mas havia consolidação com broncograma aéreo em lobo médio que não estava presente nas radiografias anteriores. Considerando tratar-se de paciente de baixo risco para infecções por germes multirresistentes, qual seria o esquema antimicrobiano mais indicado nesta situação?
- A) Oxacilina.  
 B) Imipenem.  
 C) Moxifloxacino.  
 D) Piperacilina+ tazobactam.
15. Paciente 23 anos, masculino, procura assistência médica com quadro de equimoses aos pequenos traumas, além de gengivorragia à escovação dentária, com início há 4 dias. Apresenta hemograma com hemoglobina de 14,6g/dL, leucócitos  $5600/\text{mm}^3$ , sem alterações no diferencial, e plaquetas de  $9.000/\text{mm}^3$ . Nega febre, outros sangramentos ou qualquer outra queixa. O esfregaço do sangue periférico encontra-se abaixo (aumento de 100x).



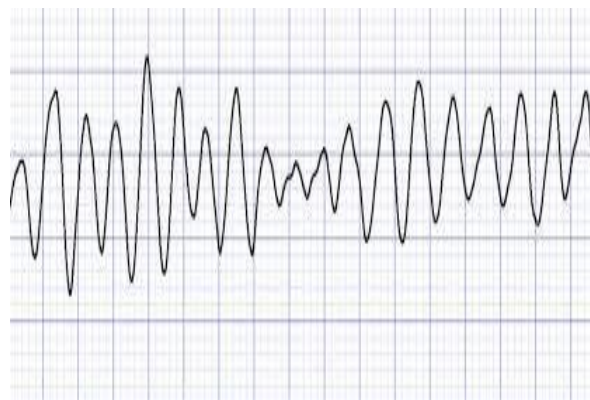
Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 3)

- Quais os exames complementares e a conduta terapêutica inicial mais adequados?
- A) Solicitar PCR para dengue, iniciar hidratação venosa vigorosa e transfundir 1 dose de plaquetas.  
 B) Solicitar sorologias e provas de autoimunidade, não transfundir plaquetas e prescrever corticoide.  
 C) Solicitar LDH, bilirrubinas, função renal e sorologias, não transfundir plaquetas e iniciar plasmaférese emergencial.  
 D) Solicitar mielograma e imunofenotipagem, transfundir 1 dose de plaquetas e encaminhar a serviço de hematologia para realização de quimioterapia.
16. Mulher de 35 anos foi admitida numa enfermaria de hospital com quadro de pielonefrite, alerta, eupneica e com PA:125 x 70mmHg. Foi prescrita antibioticoterapia endovenosa (ciprofloxacina) e dois minutos após a infusão da mesma a paciente se queixou de sensação de calor no corpo e "bolo" na garganta acompanhados de hipotensão (PA: 75x40mmHg), taquicardia e torpor. Qual das opções abaixo apresenta a melhor conduta terapêutica farmacológica imediata para o caso?
- A) Administração de adrenalina IV.  
 B) Administração de noradrenalina IV.  
 C) Administração de hidrocortisona IV.  
 D) Administração de metilprednisolona IV.
17. Uma senhora de 57 anos, portadora de câncer de mama avançado, dá entrada em enfermaria por conta de dor em coluna lombar e quadril. Exames prévios mostram lesões metastáticas nessas localizações. A paciente descreve a dor como "insuportável" e "a pior dor que já sentiu na vida". Dentre as opções abaixo, qual a melhor estratégia de analgesia para essa paciente?
- A) Recomenda-se prescrever opioides fracos, preferencialmente, por via endovenosa.  
 B) Indica-se a prescrição de drogas como a gabapentina pelo caráter neuropático da dor.  
 C) Opta-se pelo uso de opioides fortes como a morfina por via oral em intervalos de 4 em 4 horas.  
 D) Deve-se prescrever um antiinflamatório não esteroidal e observar a resposta antes de progredir analgesia.

18. Uma paciente obesa de 29 anos foi internada em UTI por insuficiência respiratória aguda tendo sido intubada há 8 horas. Foi feito o diagnóstico de infecção respiratória e a paciente apresentava sibilos ins e expiratórios à ausculta pulmonar bilateralmente mesmo após administração de broncodilatadores por via inalatória. As curvas do ventilador mecânico de fluxo e pressão na via aérea vs tempo no modo de ventilação controlada ciclada a volume (modo VCV) com volume corrente programado em 500ml com tempo inspiratório de 1.0 (um) segundo, são apresentadas abaixo no momento em que a equipe da UTI procedeu uma pausa inspiratória. Que informação pode-se deduzir quanto à mecânica respiratória da paciente?



- A) A resistência de vias aéreas é de cerca de 15 cmH<sub>2</sub>O/l.s  
 B) A pressão resistiva de vias aéreas é aproximadamente 15cmH<sub>2</sub>O  
 C) Há presença de auto-PEEP que pode ser estimado em torno de 15cmH<sub>2</sub>O  
 D) A pressão de distensão ou *driving pressure* é de aproximadamente 15cmH<sub>2</sub>O
19. Paciente, 49 anos, procura assistência médica com história de prurido ocular, "olho vermelho" e sensação de "areia no olho" nos últimos 6 meses. Relata ainda boca seca, cáries recorrentes e artralgias. Durante investigação, exames mostraram a presença de anticorpos anti SS-A e Anti SS-B e biópsia de glândulas salivares mostrou sialadenite linfocítica intensa. Qual a opção terapêutica mais adequada para os sintomas oculares desse paciente?
- A) Corticoide tópico.  
 B) Antibioticoterapia tópica.  
 C) Azatioprina associada a corticoide.  
 D) Pilocarpina e lágrimas artificiais.
20. Paciente, 56 anos, evolui com parada cardiorrespiratória enquanto aguardava atendimento em emergência. A monitorização indicava ritmo mostrado na figura em anexo. Administrou-se oxigênio e foi realizada desfibrilação. Qual seria o próximo passo neste momento da condução do caso?



- A) Iniciar amiodarona 300 mg em bolus.  
 B) Administrar epinefrina por via intravenosa.  
 C) Realizar novo choque com carga de 200 joules.  
 D) Realizar compressões torácicas/ventilação por 2 minutos.