



Edital Nº 02/2016

CADERNO DE QUESTÕES

Data: 13 de novembro de 2016.

PROGRAMA PRÉ-REQUISITO: CLÍNICA MÉDICA

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

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 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.

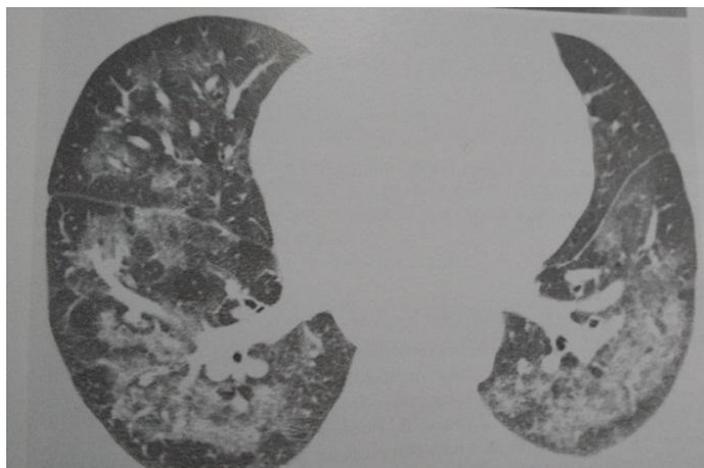
Boa prova!

Inscrição

Sala

PSU-RESMED/CE - 2017

01. Paciente, 64 anos, evolui no primeiro pós-operatório de cirurgia bariátrica, com dispneia súbita, associada a escarros hemoptóicos e dor ventilatório dependente em hemitórax esquerdo. Encontra-se orientada, com frequência respiratória de 30 mrm, taquicárdica e com pressão arterial de 70 x 40 mmHg. História de AVC isquêmico há 2 meses. Ecodopplercardiograma transtorácico mostra sinais de disfunção de ventrículo direito e pressão sistólica de artéria pulmonar de 54 mmHg e angiotomografia demonstra trombo em artéria pulmonar esquerda. A opção terapêutica mais indicada nessa situação seria:
- A) alteplase.
 - B) fondaparinux.
 - C) heparina sódica.
 - D) embolectomia por cateter.
02. 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 fibrocicatricial 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.
03. Paciente feminina, 39 anos, procura o médico com história de tosse seca iniciada há 4 meses. Nos últimos dois meses, vem apresentando adinamia e dispneia, esta última progressiva, atualmente, a moderados esforços. Relata que duas ou três vezes por semana, a tosse e a dispneia pioram. Foi à emergência onde foi prescrito prednisona 20 mg/dia por uma semana, período em que os sintomas melhoraram mas depois recidivaram. Nega tabagismo. Mora em casa antiga com mofo nas paredes. Após realizar radiografia de tórax, seu médico solicitou tomografia de alta resolução (em anexo) e lavado broncoalveolar cujo resultado preliminar da citologia mostrava 50% de linfócitos. Baseando-se no contexto descrito no enunciado e nos achados da tomografia, qual o diagnóstico mais provável para esta paciente?



- A) Sarcoidose.
- B) Asma grave.
- C) Fibrose pulmonar idiopática.
- D) Pneumonia por hipersensibilidade.

04. Paciente feminina, 32 anos, retorna para consulta de acompanhamento no ambulatório de asma de um hospital terciário. Encontra-se há seis meses em uso de formoterol/budesonida (24/800 mcg ao dia). Há 3 meses, por conta da persistência de sintomas, vem em uso de uma dose adicional de budesonida inalatória (400 mcg à tarde) e antileucotrieno. A paciente utiliza os medicamentos inalatórios com técnica adequada e tem controle ambiental e exposicional otimizados, mesmo assim, mantém crises diárias de asma, inclusive com crises noturnas e idas frequentes à emergência. Diante desse contexto, qual das medidas farmacológicas abaixo seria mais indicada para se obter melhor controle dos sintomas?
- A) Aumentar dose do corticoide inalatório.
 - B) Acrescentar ipratrópio por via inalatória.
 - C) Associar omalizumabe ao esquema atual.
 - D) Associar prednisona oral 10mg/dia por 3 meses.
05. 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:

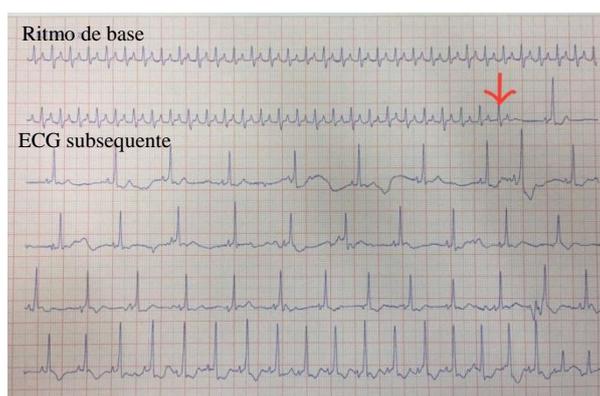


Diante da hipótese diagnóstica mais plausível, a composição principal da proteinúria e sua causa mais provável são respectivamente:

- 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.
06. Paciente, sexo feminino, 20 anos, 24 horas após ter tomado vários comprimidos de ecstasy (3,4-metilenodioximetanfetamina - MDMA) foi levada a emergência apresentando cefaleia intensa, náuseas, vômitos, confusão mental aguda e alucinação. A acompanhante relatou que a paciente bebeu muita água durante a festa na noite anterior relatando logo após, piora da cefaleia. Ao exame físico, encontrava-se estável hemodinamicamente e bem hidratada. O distúrbio provável responsável por este quadro e conduta a ser realizada são, respectivamente:
- A) Hiponatremia, solução salina a 3%.
 - B) Hipocalcemia, gluconato de cálcio.
 - C) Hipomagnesemia, sulfato de magnésio.
 - D) Hipopotassemia, cloreto de potássio a 10%.
07. Paciente, sexo masculino, 24 anos, submetido ao tratamento quimioterápico por linfoma, após 72 horas de hidratação, rasburicase e diurético constatam-se os seguintes exames laboratoriais: cálcio total de 7,7 mg/dL; fósforo de 10 mg/dL; ácido úrico: 11 mg/dL, creatinina de 1,7 mg/dL, potássio de 6,0 mEq/L. Apresenta um débito urinário de 15ml/h. Queixa-se de letargia e urina escura. Ao exame físico, apresenta estado geral comprometido e gânglios cervicais. PA: 110/80 mmHg. O ECG encontra-se normal. A conduta imediata mais adequada é:
- A) hemodiálise.
 - B) ligantes de fósforo.
 - C) gluconato de cálcio.
 - D) insulina com glicose.

08. 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/mm³ (60 Segm/4 Bast/ 22 Linfo /12 Eos/2 Mon); ureia = 105 mg/dL; creatinina = 3,1 mg/dL; Na⁺ = 137 mEq/L; K⁺ = 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.
09. Um homem de 57 anos foi admitido em um hospital com distensão abdominal difusa e edema de membros inferiores há 1 mês. Relata dispneia aos pequenos esforços e tosse seca há duas semanas. Nega febre. Fumante de 20 cigarros/dia desde os 17 anos de idade até 5 anos atrás. Ao exame físico: palidez cutâneo-mucosa +/4+, afebril, orientado, PA 110 x 70 mmHg, pulso 95/min. AC: 6 extrassístoles/min, ritmo cardíaco com terceira bulha. AP: estertores grossos bibasais, murmúrio vesicular reduzido nas bases. Abdome: piparote positivo, fígado palpável 3 cm abaixo do rebordo costal direito, com bordos rombos. Edema de membros inferiores +3/+4. Exames de sangue do dia da admissão: Hematócrito 42%, Hemoglobina 12,8 g/dL, ALT 32 U/L (normal < 40), AST 44 U/L (normal < 45), INR 0,9 (normal < 1,2), albumina sérica 3,6 g/dL (normal > 3,5), ureia 19 mg/dL (normal < 20). Exame do líquido ascítico no dia da admissão: proteínas totais 3 mg/dL, albumina 2,2 mg/dL, leucócitos 53/mm³. Ecocardiograma com fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 30%. Iniciou-se espironolactona e furosemida logo após a coleta dos exames da admissão. Que outro medicamento ou tratamento beneficiaria mais este paciente, dentre as opções abaixo?
- A) Ciprofloxacina endovenosa.
 - B) Albumina humana endovenosa.
 - C) Teste terapêutico para tuberculose.
 - D) Inibidor da enzima conversora de angiotensinogênio.
10. 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 crônica.
 - B) Hepatite B aguda.
 - C) Infecção prévia por Vírus B curada.
 - D) Resposta imunológica à vacina para Hepatite B.
11. Mulher de 42 anos apresenta dor epigástrica irradiada para o dorso e vômitos há 20 horas, melhorando parcialmente após analgesia e hidratação endovenosas em setor de emergência hospitalar. Urinou 64 ml/h nas últimas 2 horas. Neste momento está orientada, Glasgow 15, o pulso é de 100/min, a temperatura axilar é 37,8° Celsius, a frequência respiratória é de 26/min. Tórax com murmúrio vesicular universal e sem ruídos adventícios. No sangue periférico: hematócrito 44%, leucócitos 16.000/mm³, ureia sérica 40 mg/dl, creatinina 1,2 mg/dl, glicemia 100 mg/dl, amilase 3400 U/L. Considerando o índice de beira-do-leito de gravidade na pancreatite aguda (BISAP), podemos dizer que o valor preditivo negativo para mortalidade neste momento é de aproximadamente:
- A) Menor que 40%
 - B) Entre 40 a 50%
 - C) Entre 60 a 80%
 - D) Maior que 90%

12. 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/m², 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/mm³ 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).
13. 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.
14. Homem de 70 anos, diabético insulino-dependente, história de infarto agudo do miocárdio há 1 ano e artrite gotosa com várias crises algicas nos últimos 3 meses. Atualmente, Classe Funcional I-II de NYHA para Insuficiência Cardíaca. Cintilografia miocárdica realizada há 1 mês, com estresse farmacológico sem evidência de isquemia. Ecocardiograma mostra fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 41%, hipocinesia em parede anterior e apical. Encontra-se em uso de Propranolol, AAS e Sinvastatina. Creatinina 0,5mg/dl. Frequência cardíaca 62bpm. Pressão Arterial 150x90mmHg. Sem sinais de congestão pulmonar ao exame físico. Qual das seguintes intervenções farmacológicas é a mais adequada para otimização terapêutica?
- A) Iniciar Furosemida e trocar propranolol por carvedilol.
 B) Iniciar Inibidor da ECA, trocar propranolol por carvedilol.
 C) Iniciar Bloqueador do Receptor de Angiotensina II, apenas.
 D) Iniciar Hidroclorotiazida e trocar propranolol por carvedilol.

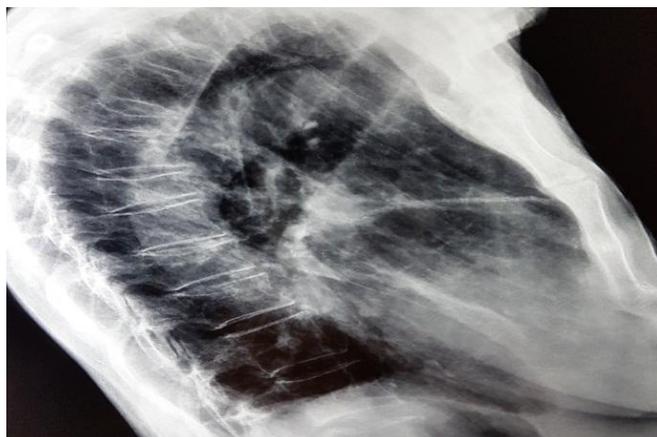
15. Mulher, 72 anos, acompanhado por mieloma múltiplo, com queixa de dispneia progressiva aos esforços, associada a ortopneia e dispneia paroxística noturna. Ao exame físico, mostrava-se hipocorada, turgência jugular a 45°, hepatomegalia dolorosa e edema de membros inferiores. A ausculta cardíaca mostrava um ritmo irregular, sem sopros ou atrito. Eletrocardiograma com baixa voltagem e fibrilação atrial. Radiografia de tórax com sinais de congestão pulmonar, área cardíaca normal, sem outros achados. Ecocardiograma mostra Fração de Ejeção de 53%, espessamento importante da parede ventricular, aumento importante de ambos os átrios, insuficiência mitral leve, contratilidade preservada e presença de granulações e hiperrefringência em ventrículos. Qual diagnóstico mais provável e qual o tratamento a ser empregado, no caso?
- A) Hemocromatose. Deferoxamina e flebotomias.
 - B) Amiloidose Cardíaca. Diuréticos e anticoagulação.
 - C) Sarcoidose Cardíaca. Prednisona, inibidor da ECA e betabloqueadores.
 - D) Cardiomiopatia Hipertrófica. Betabloqueadores e Embolização Septal Alcoólica.
16. 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.
17. 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/m² PA: 135 x 80 mmHg Pulso: 80 bpm circunferência abdominal: 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.
18. Paciente, sexo feminino, 56 anos, sedentária, obesa é portadora de DM 2 diagnosticada há 5 anos, vindo em uso desde então dos antidiabéticos orais: metformina XR 2g ao dia e glicazida MR 60mg 2 comprimidos ao dia em jejum. Em consulta de rotina, apresentou os exames: Glicemia em jejum: 184 mg/dL, Hb glicada A1C: 9,5%, Colesterol total: 227 mg/dL, HDL: 38 mg/dL, Triglicérides 485 mg/dL, Ureia: 45 mg/dL, Creatinina: 1,2 mg/d. Nesse contexto, assinale o esquema terapêutico mais apropriado.
- A) Iniciar uma única dose de insulina basal, ao deitar, suspendendo-se todos antidiabéticos orais para evitar hipoglicemia.
 - B) Iniciar insulina basal ao deitar na dose de 0,2 U/kg pois a paciente apresenta níveis de HbA1C > 8,5% em uso de dose máxima de agentes orais que devem ser mantidos.
 - C) Iniciar uma única dose de insulina basal, tais como os análogos de longa ação, aspart, lispro ou glulisina, ao deitar 0,2 U/kg, mantendo-se os antidiabéticos orais.
 - D) Associar um terceiro antidiabético oral (pioglitazona ou inibidores da DPP-4) pois a insulinoterapia somente deve ser indicada em pacientes com DM 2 quando ocorre falência das células beta.

19. Mulher, 34 anos, procurou atendimento médico em virtude de oligomenorreia, ganho de peso, acne, fraqueza e poliúria iniciado há 6 meses, além de hipertensão arterial (HAS) há 2 meses. Na revisão de sistemas, relatou ser portadora de asma na infância e eventualmente apresenta episódios de broncoespasmo associado a quadros gripais. Nas crises, costuma fazer uso de salbutamol e corticoide inalatório, mas negou uso atual ou recente de corticoide tópico, oral ou inalável. Ao exame físico: Peso 78 kg Altura: 151 cm PA: 145 x 90 mmHg pulso: 89 bpm circunferência abdominal: 113 cm Presença de giba. Face em "lua cheia", pletórica, acneica. Pele fina e frágil com alterações mostradas na figura. AC: ritmo regular, 2T, bulhas normofonéticas, sem sopros. AP: normal Abdome: globoso por adiposidade com presença de estrias arroxeadas. Extremidades: hipotrofia muscular, sem edemas Exames laboratoriais: Glicemia 118 mg/dL Colesterol total 220 mg/dL HDL 38 mg/dL Triglicérides 440 mg/dL LH: 0,8 mUI/mL FSH 1,2 mUI/mL Ureia; 42 mg/dL Cr: 1,0 mg/dL K+: 3,2 mEq/L. Quanto à investigação diagnóstica do caso podemos AFIRMAR que:



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

- A) A RNM de abdome é o exame a ser solicitado pois a causa mais frequente de Síndrome de Cushing é tumor adrenal produtor de cortisol.
 - B) A RNM de hipófise deve ser o próximo exame a ser solicitado pois 80% dos casos se devem a microadenomas produtores de ACTH.
 - C) A utilização de corticoides descrita no enunciado define o diagnóstico do paciente não sendo mais necessária a solicitação de novos exames.
 - D) O estado de hipercortisolismo deve ser confirmado pela dosagem de cortisol livre em urina de 24 h ou cortisol plasmático matinal após 1 mg de dexametasona 'overnight'.
20. 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.

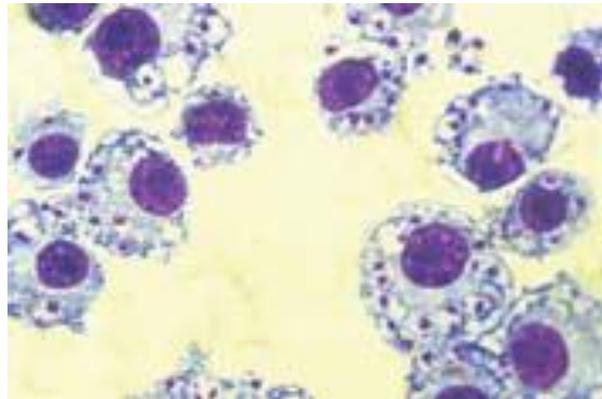
21. Paciente do sexo feminino, 37 anos, é trazida para a Emergência Médica com forte cefaleia, rigidez de nuca e confusão. TC de crânio mostra hemorragia subaracnoidea e a paciente é internada em uma UTI. Após 7 dias com cefaleia leve-moderada, um plantonista da UTI detecta hemiparesia direita, com desvio 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:
- A) Hidrocefalia.
 - B) Vasoespasmo cerebral.
 - C) Edema cerebral difuso.
 - D) Acidente vascular encefálico isquêmico embólico.
22. 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) Flunarizina.
 - B) Paracetamol.
 - C) Amitriptilina.
 - D) Toxina botulínica.
23. Mulher, 53 anos, é encontrada desacordada em sua casa e é levada imediatamente para o hospital (atraso de 30 min). No hospital, constata-se PA de 200x130 mmHg, hemiplegia D e coma. Um neurologista solicita uma TC de crânio (ver figura). Marque a resposta CORRETA em relação ao tratamento da paciente.



- A) Deve-se administrar r-tPA e.v. com urgência.
 - B) Deve-se realizar controle rigoroso da pressão arterial.
 - C) Deve-se realizar imediata evacuação cirúrgica da lesão.
 - D) Deve-se administrar pulsoterapia e.v. de metilprednisolona.
24. Paciente masculino, 45 anos, em terapia antiretroviral para HIV, evolui há semanas com cefaleia holocraniana progressiva e febre. Nos últimos dias, apresentou letargia, confusão mental e náuseas. Encaminhado ao hospital, foi submetido à punção de líquido cefalorraquidiano com pesquisa de antígeno para *Cryptococcus* positiva (confirmada posteriormente por cultura). Dentre os citados abaixo, qual o esquema terapêutico mais indicado nessa situação?
- A) Caspofungina, seguida por itraconazol.
 - B) Voriconazol/posaconazol, seguido por fluconazol.
 - C) Anfotericina B/flucitosina, seguida por posaconazol.
 - D) Anfotericina B/flucitosina, seguida por fluconazol.

25. 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?
- A) Manter conduta expectante por tratar-se de quadro sequelar.
 - B) Repetir prova tuberculínica e radiografia de tórax em 3 meses.
 - C) Iniciar tratamento para infecção latente por TB com isoniazida.
 - D) Iniciar esquema RIPE por conta do resultado da prova tuberculínica.
26. 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.
27. Paciente masculino, 56 anos, procura emergência com quadro de febre alta (39 °C), calafrios e adinamia há 5 dias. Encontrava-se orientado, hipocorado e discretamente taquipneico, ao exame físico. Ausculta cardíaca normal. Havia realizado troca de gerador de marca-passo há 3 semanas e apresentava hiperemia, dor e calor em região de tórax próxima ao gerador. Ecocardiograma não mostrou lesões valvares mas foram observadas vegetações no cabo do marcapasso. Qual esquema antimicrobiano seria a opção mais adequada nessa situação clínica?
- A) Vancomicina.
 - B) Rifampicina.
 - C) Ceftriaxona + Amicacina.
 - D) Penicilina + Gentamicina.
28. Paciente feminino, 51 anos, com diagnóstico de leucemia mieloide aguda, é internada para realização da segunda consolidação. Antes da alta, apresentava hemoglobina de 5,9 g/dL, neutrófilos de $1100/\text{mm}^3$ e plaquetas de $39.000/\text{mm}^3$, com queixa de dispneia aos pequenos esforços. O médico assistente solicitou transfusão de 1 concentrado de hemácias filtrado e irradiado. Após vinte minutos do início da transfusão, a paciente apresentou febre (38,3 °C - temperatura pré 36,7 °C), dor lombar intensa e taquipneia. Qual a reação transfusional mais provável e quais as medidas a serem tomadas, além da conferência do rótulo da bolsa e da etiqueta de transfusão com os dados da paciente?
- A) Reação febril não hemolítica – Suspender a transfusão e prescrever antitérmico, reinstalar o hemocomponente após resolução da febre e notificar a reação.
 - B) Reação alérgica – Suspender a transfusão e não reinstalar o hemocomponente, retirar o acesso venoso por onde o hemocomponente estava sendo infundido, prescrever corticoide e notificar a reação.
 - C) TRALI – Lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão - Suspender a transfusão e não reinstalar o hemocomponente, manter acesso venoso com soro fisiológico, prescrever furosemida, solicitar radiografia de tórax e gasometria arterial e notificar a reação.
 - D) Reação hemolítica aguda – Suspender a transfusão e não reinstalar o hemocomponente, manter acesso venoso, solicitar LDH, bilirrubinas, hemograma, sumário de urina, coagulograma e função renal, prescrever antitérmico e hidratação venosa e notificar a reação.

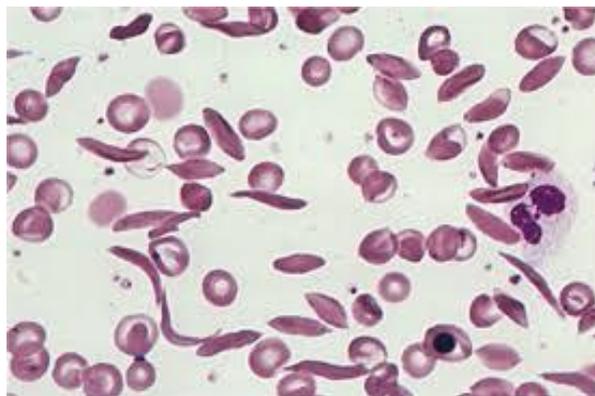
29. Paciente, 35 anos, masculino, procura a unidade de saúde com lesões em face há 3 semanas. Encontra-se em tratamento para HIV há 3 anos. Ao exame físico, verificam-se duas ou três lesões em face, ulceradas, com bordas elevadas e endurecidas, com pouca exsudação e fundo granuloso de coloração avermelhada, com diâmetro entre 2-3 cm. Realizou-se biópsia da lesão (histopatológico corado por giemsa em anexo)



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

Dentre as opções abaixo, qual seria o tratamento de escolha para essa situação clínica?

- A) Glucantime.
 - B) Fluconazol.
 - C) Prednisona.
 - D) COXCIP 4.
30. 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 O₂ 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/mm³, plaquetas de 110.000/mm³, 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.

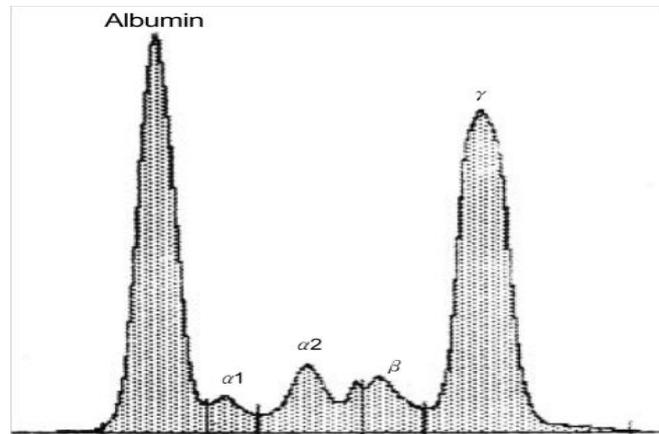


Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 4)

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

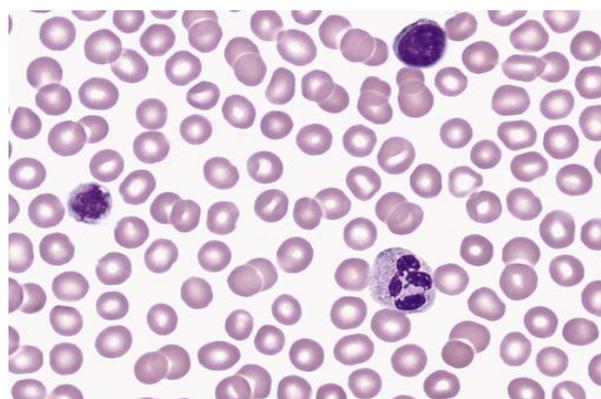
- A) Hemoglobinúria paroxística noturna e tromboembolismo pulmonar – solicitar angiotomografia de tórax e iniciar heparinização plena.
- B) Lupus com anemia hemolítica autoimune e tromboembolismo pulmonar – solicitar Coombs direto, angiotomografia de tórax e iniciar anticoagulação plena e corticoide.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

31. Paciente masculino, 37 anos, apresenta quadro de epistaxe e obstrução nasal à direita de início há aproximadamente um mês. Na avaliação otorrinolaringológica, foi evidenciada lesão tumoral de 4 cm em nasofaringe, biopsiada. O exame físico não apresentava outras alterações. O anatomopatológico evidenciou aglomerado de células ovaladas com núcleo excêntrico, restrição para cadeia Kappa e CD20 negativo. Na avaliação laboratorial, paciente apresentava hemoglobina de 13,2 g/dL, creatinina e cálcio normais, exames de imagem sem lesões adicionais, mielograma e biópsia de medula óssea sem alterações e a seguinte eletroforese de proteínas:



Qual o diagnóstico mais provável e a conduta adequada?

- A) Plasmocitoma extramedular – indicar radioterapia local e manter seguimento clínico-laboratorial.
 - B) Linfoma T/NK nasal – iniciar quimioterapia combinada e encaminhar para transplante autólogo de medula óssea.
 - C) Linfoma difuso de grandes células B – iniciar quimioterapia combinada com rituximabe e manter seguimento clínico-laboratorial e com imagens.
 - D) Mieloma indolente – observação e, se aparecimento de lesão de órgão alvo, iniciar tratamento específico para mieloma múltiplo e encaminhar para transplante autólogo de medula óssea.
32. 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/mm³, sem alterações no diferencial, e plaquetas de 9.000/mm³. Nega febre, outros sangramentos ou qualquer outra queixa. O esfregaço do sangue periférico encontra-se abaixo (aumento de 100x).

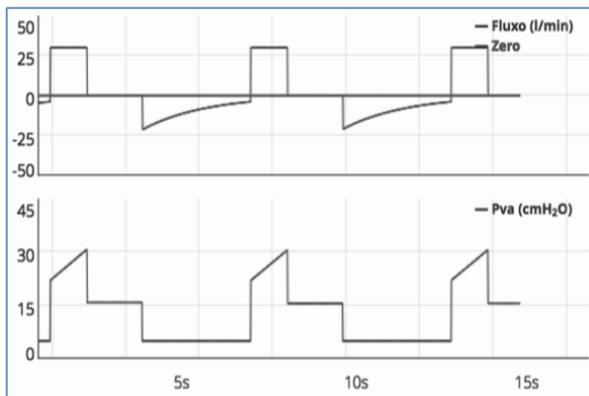


Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 5)

Quais os exames complementares e a conduta terapêutica inicial mais adequados?

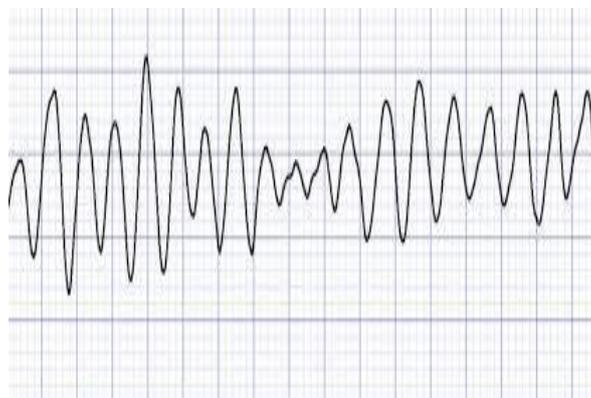
- A) Solicitar PCR para dengue, iniciar hidratação venosa vigorosa e transfundir 1 dose de plaquetas.
- B) Solicitar sorologias e provas de autoimunidade, não transfundir plaquetas e prescrever corticoide.
- C) Solicitar LDH, bilirrubinas, função renal e sorologias, não transfundir plaquetas e iniciar plasmaférese emergencial.
- D) Solicitar mielograma e imunofenotipagem, transfundir 1 dose de plaquetas e encaminhar a serviço de hematologia para realização de quimioterapia.

33. 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.
34. Homem de 38 anos recuperava-se de tétano na UTI há 4 dias. Encontrava-se traqueostomizado em ventilação mecânica no modo de ventilação com pressão de suporte, com melhora dos espasmos musculares, há 24 horas sem necessitar uso de bloqueadores neuro-musculares. Optou-se por substituir infusão endovenosa contínua de propofol por dexmedetomidina, com boa tolerância. Por referir muita dor durante as sessões de fisioterapia foi prescrito infusão endovenosa de fentanil na dose de 100mcg IV em bolus imediatamente antes das mesmas. Após uma das sessões a fisioterapeuta relatou que teve que dobrar o ajuste da pressão de suporte ante uma queda de volume corrente, que se manteve baixo mesmo após remoção de secreções de vias aéreas. No exame físico verificou-se tônus muscular aumentado, especialmente no tórax e abdome. O paciente seguia alerta e calmo com SpO₂ de 96% com uma FIO₂ de 25%. Qual a melhor conduta a ser tomada, dentre as opções abaixo?
- A) Administrar infusão IV contínua de propofol.
 B) Suspender as infusões IV em bolus de fentanil.
 C) Administrar infusão IV em bolus de cisatracúrio.
 D) Suspender a infusão IV contínua de dexmedetomidina.
35. 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 área 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 cmH₂O/l.s
 B) A pressão resistiva de vias aéreas é aproximadamente 15cmH₂O
 C) Há presença de auto-PEEP que pode ser estimado em torno de 15cmH₂O
 D) A pressão de distensão ou *driving pressure* é de aproximadamente 15cmH₂O
36. 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 esteroide e observar a resposta antes de progredir analgesia.

37. Mulher de 43 anos foi admitida na UTI com sintomas de febre, cefaleia, confusão mental e vômitos há um dia. Na admissão, foi prontamente intubada evoluindo com hipotensão refratária à infusão endovenosa de ringer lactato com surgimento de petéquias no tronco e membros. Por apresentar rigidez de nuca à admissão foi feita exame do líquido que mostrou leucocitose e presença de diplococos gram-negativos. Seguia com hipotensão com lactato arterial de 4,2 mmol/l mesmo em uso de noradrenalina IV contínua e uma pressão venosa central de 12mmHg após vigorosa infusão de fluidos cristaloides. Apresentava albumina sérica de 2,3g/dl, Na^+ de 130mEq/l, Cr:1,5mg/dl, Ureia:90mg/dl, K^+ :4,0mEq/l, cortisol sérico de 9mcg/ml (normal > 10-15mcg/ml), Hb:8,9g/dl, Ht:27%, Leucograma: 4000 cels/mm³ com desvio à esquerda, Plaquetas:55.000/mm³. Dentre as opções abaixo, qual a melhor conduta terapêutica para essa paciente, no momento?
- A) Administração de coloides IV.
B) Administração de vasopressina IV.
C) Administração de hidrocortisona IV.
D) Administração de concentrado de glóbulos e plaquetas IV.
38. Paciente 34 anos, em acompanhamento por esclerodermia há 2 anos. Desde o início do quadro apresenta fenômeno de Raynaud. Há seis meses foi detectada hipertensão arterial pulmonar que piorou após uso de nifedipina. Hoje, comparece à consulta, com piora da dispneia e referindo úlceras digitais dolorosas em primeiro e segundo pododáctilos esquerdos e primeiro pododáctilo direito. Traz tomografia de tórax de alta resolução normal. Nesta situação clínica, qual das drogas abaixo estaria mais indicada para o tratamento dos sintomas dessa paciente?
- A) Clopidogrel.
B) Sildenafil.
C) Losartana.
D) Diltiazem.
39. 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) Pilocarpina e lágrimas artificiais.
D) Azatioprina associada a corticoide.
40. 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.