



Apoio às Residências em Saúde
Edital N° 02/2019

PSU/RESMED/CE - 2020

PROGRAMA PRÉ-REQUISITO: CLÍNICA MÉDICA

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

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) hora**.
06. É terminantemente proibida a cópia do gabarito.
07. O gabarito individual do participante será disponibilizado em sua área privativa na data estabelecida no Anexo III, conforme subitem 8.4.15 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!

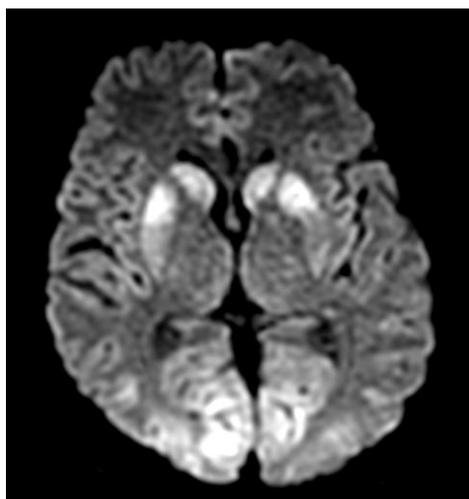
Fortaleza, 17 de novembro de 2019.

Coloque, de imediato, o seu número de inscrição e o número de sua sala nos retângulos abaixo.

Inscrição

Sala

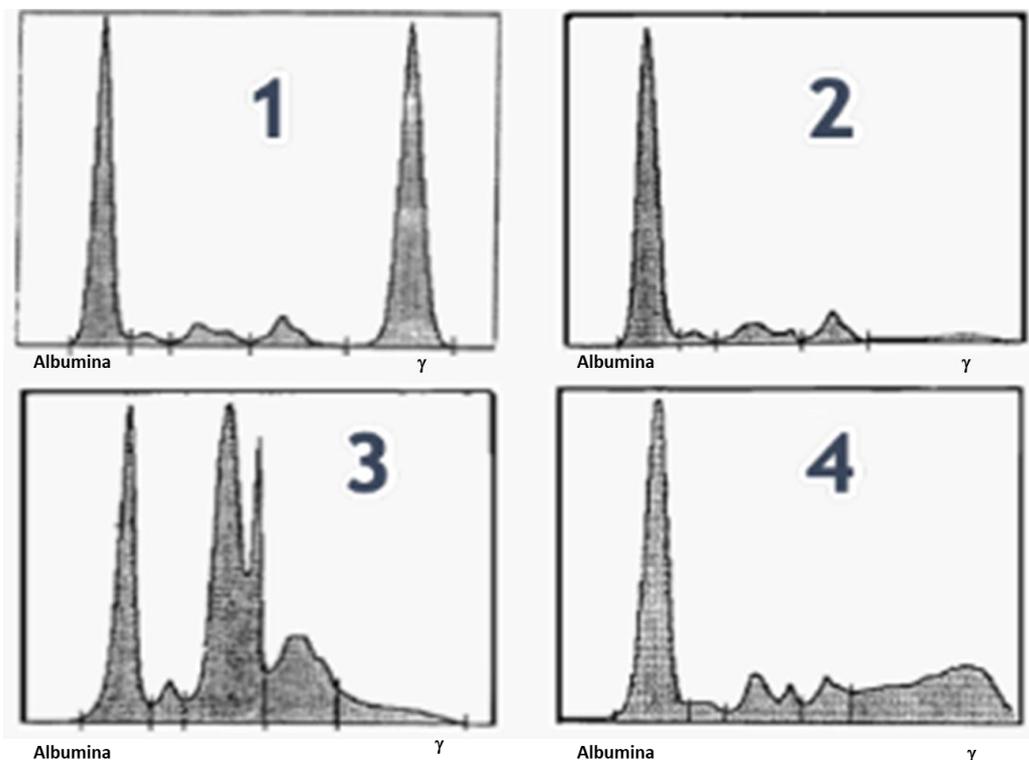
01. Paciente de 58 anos dá entrada na Emergência em parada cardiorrespiratória por fibrilação ventricular. Reanimado após 10 minutos de ressuscitação cardiopulmonar, paciente evolui com coma durante os próximos dias, com reflexos de tronco-cerebral presentes. Nas semanas seguintes, apresenta sepse de foco pulmonar, choque séptico, com melhora após antibioticoterapia. Após 20 dias, apresenta abertura ocular espontânea, mas sem fixar os olhos do examinador e exibindo pouca movimentação espontânea dos membros. Permanece afebril. Familiares informam que quando a mãe o visita descem lágrimas de seus olhos. Uma Ressonância do Encéfalo é realizada (Imagem anexa). Qual o diagnóstico mais provável e conduta?



- A) Encefalopatia hipóxico-isquêmica – reabilitação e suporte clínico.
B) Encefalopatia séptica – Investigação de foco e antibioticoterapia.
C) Acidente vascular cerebral isquêmico – investigação de mecanismo de isquemia e reabilitação.
D) Acidente vascular cerebral hemorrágico – controle de pressão arterial e investigação etiológica.
02. Paciente de 71 anos, com pneumonia, permanece febril após 48 horas de antibiótico, sendo trocado para Cefepime e Vancomicina. Dois dias após a troca, fica afebril, com frequência cardíaca de 82bpm, respiratória de 12irpm, leucócitos de $8.200/\text{mm}^3$ sem desvios e PCR de $0,5\text{mg/dL}$. Apresenta, contudo, rebaixamento progressivo do nível de consciência, mioclonias e crises convulsivas. Eletroencefalograma revela ondas trifásicas difusas semiperiódicas. Qual a hipótese diagnóstica mais provável?
- A) Encefalopatia séptica.
B) Meningite pneumocócica.
C) Encefalopatia induzida por droga.
D) Acidente vascular de tronco-cerebral.
03. Homem, 70 anos, portador de demência na doença de Alzheimer fase leve, há 2 dias passou a apresentar dificuldade em realizar atividades de auto-cuidado, incontinência urinária, desorientação, irritabilidade e alucinações. Foi trazido pelo cuidador com quadro de sonolência, porém com sinais vitais estáveis e sem alterações no exame físico. Exames: Hemograma: normal Ureia: 70mg/dL (VR: 40-70) Creatinina: $1,1\text{mg/dL}$ (VR: 0,8-1,3) Sódio: 142mmol/L (VR: 135-145) Potássio: $4,5\text{mmol/L}$ (VR: 3,5-5,0) Cálcio: $10,2\text{mg/dL}$ (VR: 9-10,5) Sumário de urina: leucocitúria e bacteriúria. Urocultura em andamento. LEGENDA: CAM: Confusion Assessment Method (Método de Avaliação de Confusão); CDR: Clinical Dementia Rating (Escore clínico de demência); VR: valor de referência. Considerando o diagnóstico síndrome provável, qual o instrumento de rastreio indicado e abordagem farmacológica inicial?
- A) CAM e antibiótico.
B) CAM e risperidona.
C) CDR e haloperidol.
D) CDR e antibiótico.

- 04.** Paciente chega ao hospital em coma após trauma cranioencefálico grave com edema cerebral difuso. Iniciada sedação profunda e hipotermia terapêutica de 32 graus. Após 48 horas, uma tomografia mostra edema cerebral difuso grave com apagamento de todos os sulcos e cisternas e hipoatenuação no tronco cerebral. Suspeita-se de morte encefálica (ME). Qual a próxima conduta a ser tomada?
- A) Solicitação de eletroencefalograma ou arteriografia.
 - B) Reaquecimento lento até 35 graus e suspensão da sedação.
 - C) Aquecimento rápido até 36 graus seguido de realização da prova de ME.
 - D) Realização de ressonância magnética do encéfalo para definir a causa da ME.
- 05.** Paciente feminina, 70 anos, sem doenças prévias, apresenta-se para avaliação clínica com queixas de fadiga progressiva e “falta de coragem” para realização de suas atividades, com sensação de exaustão constante. Filha que a acompanha relata que no último ano a paciente vem perdendo peso (60 para 55Kg em 1 ano), além de marcha mais lenta. Traz exames com hemograma, função renal e tireoidiana normais, além de rastreios para neoplasias todos negativos. Sem sinais de transtorno do humor. Considerando a fisiopatologia da síndrome apresentada, qual alteração relacionada a composição corporal seria mais frequente?
- A) Caquexia.
 - B) Obesidade.
 - C) Sarcopenia.
 - D) Osteoporose.
- 06.** Paciente feminina, 75 anos, portadora de osteoporose, apresentou queixa de lombalgia importante (escala de dor 8 em 10 possível) após queda da própria altura há 10 dias. Fez uso de dipirona e cetoprofeno sem melhora, iniciando então uso de oxicodona 10mg/dia há 7 dias. Retorna com queixa de melhora parcial da dor, agora com escala de dor 3 em 10, mas queixando-se de que não evacua há 6 dias e sentindo-se empachada, negando outros sintomas. Ao exame nota-se hipertimpanismo e distensão abdominal, toque retal sem alterações. Iniciará fisioterapia analgésica daqui a 3 dias. Considerando a dor e a queixa de constipação, qual a conduta apropriada?
- A) Trocar oxicodona por buprenorfina tópico.
 - B) Prescrever laxante por via oral e suspender oxicodona.
 - C) Prescrever laxante por via oral e manter dose de oxicodona.
 - D) Prescrever lavagem intestinal diária e manter dose de oxicodona.
- 07.** Uma senhora de 79 anos é trazida à emergência por episódios de diarreia, volumosos há 2 dias, e por não conseguir se alimentar. Ao exame, estava sonolenta e hipovolêmica. Foi ressuscitada inicialmente com 1 litro de soro fisiológico 0,9% e recebeu os seguintes exames: pH 7,28 Na 152 mEq/L Bicarbonato 12 mEq/L Cloro 131 mEq/L. Ela mantém episódios diarreicos. Encontram-se disponíveis para infusão: soro fisiológico 0,9%, soro glicosado 5%, soro glicofisiológico (1:1), água destilada e bicarbonato de sódio 8,4% (1 mEq/mL de bicarbonato e sódio). Qual das soluções abaixo é mais adequada para manter a hidratação venosa da paciente?
- A) Soro glicosado 5% 430 mL + 70 mL de bicarbonato de sódio 8,4%.
 - B) Água destilada 490 mL + 10 mL de bicarbonato de sódio 8,4%.
 - C) Soro fisiológico 0,9% 450 mL + 50 mL de bicarbonato de sódio 8,4%.
 - D) Soro glicofisiológico (1:1) 480 mL + 20 mL de bicarbonato de sódio 8,4%.
- 08.** Mulher de 27 anos foi internada em enfermaria por apresentar quadro de lesões muco-cutâneas bolhosas difusas e dolorosas que a impediam de se alimentar. Perdeu 5% de peso corporal em um mês. Foi diagnosticada com pêfigo vulgar sendo tratada com metilprednisolona endovenosa em dose equivalente de 1 mg/kg de prednisona. Teve alta com melhora após 10 dias em uso de prednisona oral em mesma equivalência. Retornou ao ambulatório após 1 mês de tratamento com queixa de fraqueza. Exame físico evidenciava força 4- em musculatura proximal, mais evidente em membros inferiores. Foram solicitados Creatino Quinase 102 IU/L (VR: 30-135 IU/L) e uma eletroneuromiografia com padrão normal. Qual a melhor conduta frente à corticoterapia nesse momento?
- A) Suspender corticoide.
 - B) Iniciar desmame rápido.
 - C) Aumentar dose para 2 mg/kg de prednisona.
 - D) Realizar pulso de metilprednisolona endovenosa.

09. Paciente masculino de 19 anos é admitido em enfermaria com diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade, grave. Familiares informam que é a terceira internação por pneumonia em dois anos e que o paciente frequentemente faz o uso de antibióticos devido a sinusites recorrentes e infecções de vias aéreas prolongadas. Realizou uma tomografia de tórax que evidenciou bronquiectasias. Apresenta vitiligo. Após coleta de exames, o laboratório informa que teve dificuldades em fazer uma tipagem sanguínea solicitada. Familiares entregam o resultado de uma eletroforese de proteínas séricas realizada um mês antes a pedido de outro médico. Qual dos gráficos abaixo é o mais provável de representar o estado do paciente?



- A) 1
- B) 2
- C) 3
- D) 4

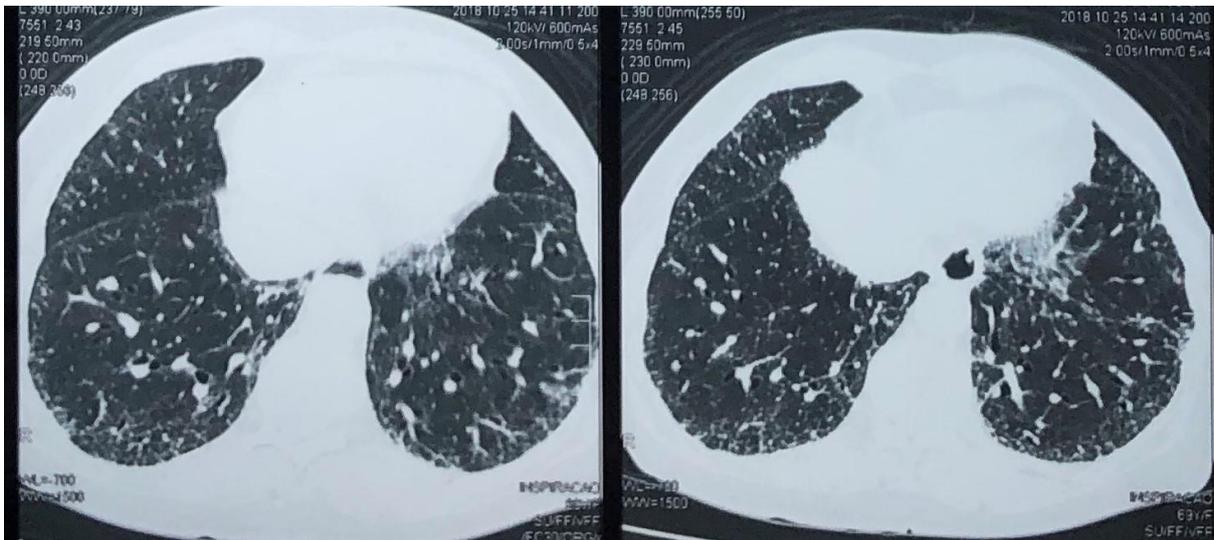
10. Mulher de 58 anos, assintomática, realizou exames laboratoriais para a investigação de obesidade, cuja única alteração foi um TSH=9mU/L. O próximo passo na condução do caso dessa paciente é:

- A) repetir dosagem de TSH.
- B) solicitar anti-TPO e T3 total.
- C) realizar ultrassom da tireoide.
- D) iniciar levotiroxina 25mcg/dia.

11. Paciente feminina 25 anos, com história de há 4 meses iniciar quadro de febre, cefaleia, fadiga, anorexia e perda de peso associado a poliartralgia com rigidez matinal. Evoluiu há 1 mês com dispneia, edema de membros inferiores, redução do volume urinário e alopecia difusa. Ao exame: PA: 160x90 T=38,5 AC: normal AP: MVU reduzido em bases, Sem artrite, Rash hiperemiado em região malar, Edema de membros inferiores. Exames laboratoriais: Hb: 11,5g/dl VCM: 85fl leucócitos: 4.100/mm³ (diferencial normal), plaquetas: 85.000/mm³, VHS: 23mm, PCR: 0,7mg/dl, Sumário de urina: Proteína +++ hemoglobina +++ sem cilindros, Proteinúria de 24h: 1.650mg, Ur: 83mg/dl, Cr: 1,6mg/dl K: 4,0mEq/L FAN: não reagente, Anti-DNA: não reagente. Além do pulso de metilprednisolona, considerando a principal hipótese diagnóstica, qual o tratamento de primeira escolha?

- A) Rituximabe.
- B) Ciclosporina.
- C) Imunoglobulina.
- D) Micofenolato de mofetil.

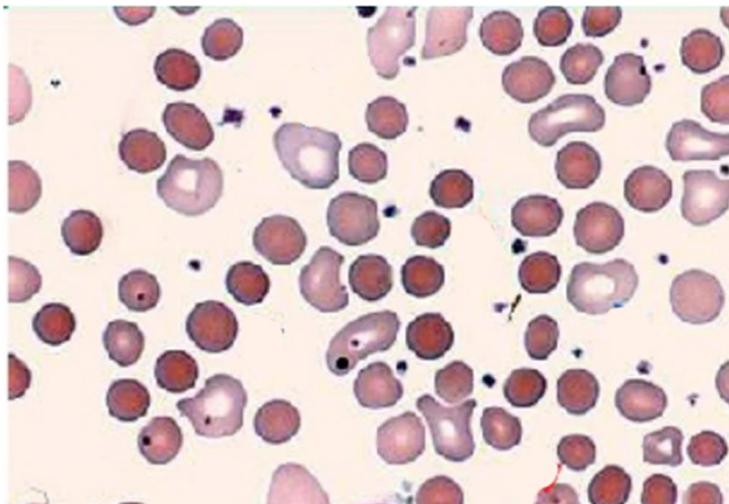
12. Paciente 50 anos, há 4 meses iniciou quadro de febre, artrite, fenômeno de Raynaud, dificuldade de subir escadas, evoluindo com dispneia aos pequenos esforços e tosse seca. Procurou serviço de emergência onde realizou tomografia de tórax (foto). Ao exame: T:38,5; AP: MVU presente com crepitações em bases pulmonares; AC: normal; Força grau IV em deltoides e grau III em quadríceps. Artrite de 2 interfalangeana proximal direita e 3 metacarpofalangeana esquerda. Exames laboratoriais: Hemograma: normal, VHS: 35mm, PCR:1,05mg/dl, CPK: 3249 UI/L, LDH: 1240 UI/L, TGO: 102 UI/L, TGP: 90 UI/L; Ur: 35, Cr: 0,8; FAN: 1/360 padrão citoplasmático, Fator reumatoide: 1/8 (Reação de Waaler-Rose). Teste de função pulmonar com CVF: 73% e DLCO: 54%. Iniciou prednisona com melhora do quadro muscular e articular, porém sem reposta do quadro pulmonar. Qual o diagnóstico mais provável?



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

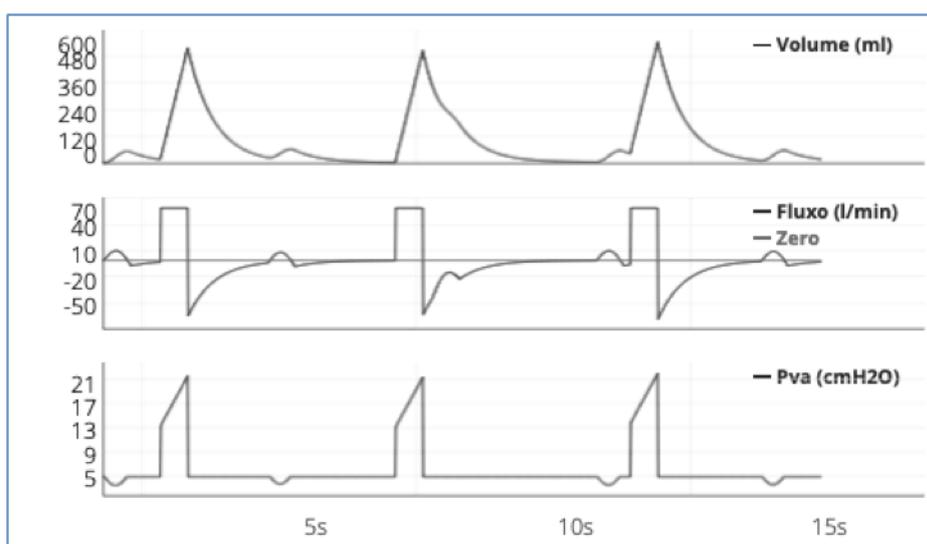
- A) Artrite reumatoide.
B) Síndrome antissintetase.
C) Lupus eritematoso sistêmico.
D) Doença mista do tecido conjuntivo.
13. Mulher de 45 anos, obesa e diabética tipo 2 em uso de metformina 1g/dia compareceu a consulta de acompanhamento. Ao exame físico, a pressão arterial estava de 140x90mmHg em duas aferições. Os exames laboratoriais revelaram glicemia em jejum de 142mg/dL e hemoglobina glicosilada de 7,8%. Nessa ocasião, o médico associou outro medicamento, visando, além do melhor controle glicêmico, a redução do peso corporal e dos níveis da pressão arterial. Qual dos itens abaixo contempla um efeito colateral desse medicamento?
- A) Lipodistrofia.
B) Insuficiência cardíaca.
C) Acidose láctica tipo B.
D) Candidíase vulvovaginal.
14. Mulher de 67 anos, grande fumante, foi admitida na emergência com quadro de, há 3 dias, piora de tosse e de dispneia crônicas com febre (38,1°C), sem melhora após uso de broncodilatadores; f:28 rpm e fazia de musculatura acessória da respiração, SpO₂:84% em ar ambiente. Na ausculta pulmonar apresentava murmúrio vesicular reduzido globalmente e alguns sibilos difusos. Apresentava a seguinte gasometria arterial com a paciente em uso de cateter nasal de O₂: 3l/min: pH:7,27, PaCO₂:59mmHg PaO₂:67mmHg SaO₂:90% BE:+2. Após 40 minutos de instituição de Ventilação Não-invasiva em modo bipap (dois níveis de pressão com IPAP:12cmH₂O e EPAP:06cmH₂O e FIO₂:35%, f programada de zero) por máscara oronasal e após administração de broncodilatadores uma nova gasometria arterial mostrou: pH:7,28, PaCO₂:58mmHg PaO₂:78mmHg SaO₂:93% BE:+2. Houve discreta melhora da dispneia, e a f:26rpm. Que ajuste do suporte ventilatório seria recomendável neste momento?
- A) Aumentar a IPAP.
B) Aumentar a EPAP.
C) Aumentar EPAP e IPAP de modo similar.
D) Ajustar uma frequência programada próxima a paciente.

15. Mulher de 35 anos, previamente hígida, comparece ao ambulatório de Clínica Médica com queixas de adinamia, dispnéia aos esforços habituais e palidez. Ao exame físico, as únicas alterações são palidez cutaneomucosa, icterícia e sopro sistólico 2+/6+ em foco aórtico. Traz hemograma de 2 meses atrás sem alterações. São, então, solicitados novos exames para investigação do quadro. Resultados dos novos exames laboratoriais: Hemoglobina 6,2g/dl Leucócitos 7200/mm³ Plaquetas 164.000/mm³ Reticulócitos 220.000/mm³ Bilirrubina total 4,0mg/dl (VR 0,2-1,0mg/dl) Bilirrubina indireta 3,2mg/dl (VR 0,2-0,8mg/dl) Lactato desidrogenase 873UI/L (VR). Dentre os exames abaixo, qual provavelmente elucidará o diagnóstico?



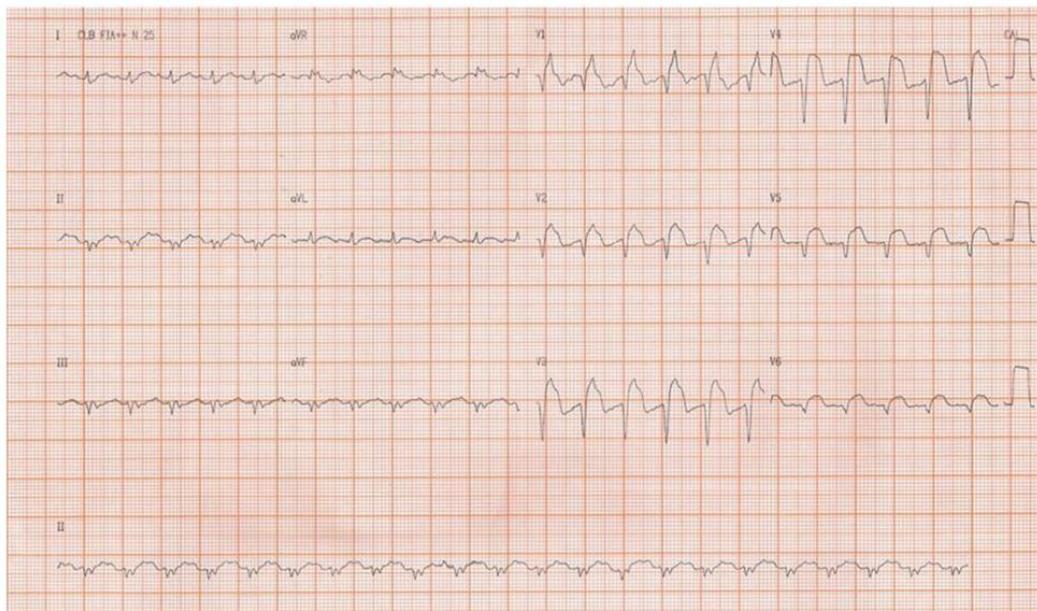
Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 2)

- A) Coombs direto.
 B) Atividade de ADAMTS13.
 C) Eletroforese de hemoglobina.
 D) Sorologia para Parvovírus B19.
16. Mulher de 25 anos foi intubada por rebaixamento do nível de consciência (escore de 7 na escala de coma de Glasgow) devido a ingestão de um grande número de comprimidos de diazepam. Após 12h a paciente segue no ventilador no modo VCV com frequência respiratória programada de 15rpm e sensibilidade à pressão de -2cmH₂O. No momento da avaliação a paciente se encontra sem sedoanalgesia IV contínua. Analisando as curvas do ventilador apresentadas a seguir qual a melhor abordagem visando prevenir a lesão muscular diafragmática induzida pelo ventilador?



- A) Aumentar a frequência respiratória programada.
 B) Mudar o critério de disparo para sensibilidade a fluxo.
 C) Mudar o modo para ventilação com pressão de suporte.
 D) Mudar o modo para ventilação com pressão controlada.

17. Um paciente com história de artrite reumatoide compareceu ao consultório médico com os seguintes exames laboratoriais: sódio plasmático 135 mEq/L, cloreto 115 mEq/L, bicarbonato 15 mEq/L e potássio 3.0 mEq/L. O exame da urina revela pH de 6,1, sódio 15 mEq/L, potássio 10.0 mEq/L e cloreto 12 mEq/L. Qual das opções abaixo descreve de forma mais correta a fisiopatologia para a hipótese mais provável do contexto acima?
- Defeito na H⁺-ATPase das células intercaladas do néfron distal, secreção aumentada de potássio, acidose metabólica hiperclorêmica e diminuição da produção tubular de NH₃, ânion-gap positivo.
 - Defeito na H⁺-ATPase das células intercaladas do néfron distal, secreção aumentada de potássio, acidose metabólica hiperclorêmica e aumento da produção tubular de NH₃, ânion-gap urinário negativo.
 - Diminuição da reabsorção do bicarbonato em nível de túbulo proximal, acidose metabólica hiperclorêmica, secreção aumentada de potássio e aumento da produção tubular de NH₃ e ânion-gap urinário negativo.
 - Diminuição da reabsorção do bicarbonato em nível de túbulo proximal, acidose metabólica hiperclorêmica, secreção aumentada de potássio e diminuição da produção tubular de NH₃ e ânion-gap urinário positivo.
18. Homem de 62 anos é atendido em uma unidade básica de saúde com desconforto retroesternal, em peso, sudorese fria e vômitos há 4 horas. É diabético e tabagista de longa data. Ao exame físico, apresenta FC de 128 bpm, PA de 120 x 70 mmHg, AC: RCR, 2T, presença de B4, sem sopros. Ausculta pulmonar sem anormalidades. Realizou ECG. Qual a conduta mais adequada para reduzir a ocorrência de disfunção ventricular esquerda com base na hipótese diagnóstica?



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

- Uso de clopidogrel 600mg, AAS 200mg, infusão de trombolíticos e coronariografia imediata.
 - Uso de clopidogrel 300mg, AAS 200mg, infusão de trombolíticos e coronariografia em até 24 horas.
 - Uso de clopidogrel 300mg e AAS 200mg e encaminhamento para angioplastia primária em hospital terciário.
 - Uso de clopidogrel 600mg e AAS 200mg e encaminhamento para angioplastia primária em hospital terciário.
19. Homem de 48 anos é admitido em hospital secundário com sintomas de adinamia, dispneia em repouso e ascite volumosa, há 3 meses. Foi submetido a um transplante renal há 8 anos. Ao exame físico, observa-se PA 80 x 40 mmHg, FC 120 bpm, turgência jugular bilateral. Na ausculta cardíaca, ouve-se um ritmo regular em 2T, com bulhas hipofonéticas, presença de Knok pericárdico. Ao exame do abdome, observa-se um aumento importante do volume abdominal por ascite tensa e refluxo hepatojugular. Não há edema de membros inferiores. Qual das opções abaixo descreve a fisiologia mais provável para justificar o contexto clínico descrito acima?
- Redução da pré-carga ventricular e volume ventricular diastólico final diminuído.
 - Redução da pós-carga ventricular e volume ventricular diastólico final preservado.
 - Aumento da pós-carga ventricular e equalização das pressões médias dos átrios, veias pulmonares e veias sistêmicas em relação aos ventrículos.
 - Aumento da pós-carga ventricular e elevação das pressões médias dos átrios, veias pulmonares e veias sistêmicas em relação aos ventrículos.

20. Paciente masculino, 80 anos, previamente hígido, procurou a emergência com queixas de febre, calafrios, prostração, disúria, dor perineal, gotejamento e diminuição do débito urinário, há dois dias. Mencionou ainda que tinha tomado amicacina na noite anterior, no posto de saúde da sua cidade. O exame físico evidencia: colabamento jugular; PA: 110/60 mmHg, FC = 102 bpm; FR: 23 rpm, taquidispneico e com momentos de desorientação; Os resultados parciais dos exames laboratoriais evidenciaram creatinina sérica = 2.5 mg/dl; Na sérico = 148 mEq/L; K sérico = 4,9 mEq/L; HCO₃ sérico = 14 mg/dl; Na urinário= 15 mEq/L; osmolalidade urinária = 505 mOsm/kgH₂O. Assinale a alternativa que melhor descreve a causa e o processo fisiopatológico envolvido na gênese dos resultados laboratoriais obtidos no caso em questão.
- A) Insuficiência renal pré-renal / dilatação das arteríolas aferentes seguido de vasoconstrição intrarrenal secundária às sínteses de angiotensina II, tromboxano A2 e vasopressina (fase hiperêmica) e aumento das pressões intratubulares.
 - B) Necrose tubular aguda isquêmica / ativação do feedback tubuloglomerular, vasoconstrição pré-glomerular, diminuição da responsividade aos vasodilatadores, perda retrógrada do filtrado pelos epitélios tubulares e obstrução mecânica dos túbulos pelos debris necróticos.
 - C) Insuficiência renal pré-renal / vasoconstrição eferente renal mediada pela angiotensina II; dilatação secundária ao reflexo miogênico intrínseco à arteriola aferente, a biossíntese de prostaglandinas E2, prostraciclina, calcicrfeína, cininas e a autorregulação do feedback túbuloglomerular.
 - D) Necrose tubular aguda nefrotóxica/ injúria celular direta por aminoglicosídeo do túbulo proximal levando a deficiência da reabsorção deste segmento; liberação de hormônios vasoconstrictores; liberação de fator agregador de plaquetas e deposição de restos celulares obstruindo néfrons individuais.
21. Homem de 58 anos é admitido no pronto-socorro em edema agudo de pulmão. É portador de doença coronariana crônica, com relato de infarto do miocárdio há 10 anos. Ao exame físico, apresenta adequada perfusão periférica, PA 110 x 70 mmHg, FC 120 bpm AC : RCR, 3T, galope por B3, sem sopros. AP: estertores crepitantes bilaterais até ápice. Não houve elevação dos níveis dos marcadores de necrose miocárdica. O ECG evidencia extensa zona inativa em parede anterior e um ecocardiograma bidimensional recente mostra uma fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 40%. Faz uso irregular das medicações. Após compensação do quadro clínico, qual das opções apresenta a estratégia farmacológica com maior impacto na redução da morbimortalidade a longo prazo?
- A) IECA ou BRA e betabloqueador cardiosseletivo.
 - B) Diuréticos de alça, IECA ou BRA , betabloqueador cardiosseletivo.
 - C) IECA ou BRA, betabloqueadores cardiosseletivos e espironolactona.
 - D) Digital, IECA ou BRA, betabloqueadores cardiosseletivos e espironolactona.
22. Mulher de 32 anos apresenta difícil controle dos níveis tensionais. Está em uso de antagonistas dos canais de cálcio, diurético tiazídico e IECA em doses plenas, mantendo níveis de pressão arterial persistentemente acima de 150 x 90 mmHg, em ambos os braços. Queixa-se de fraqueza, câimbras e poliúria e nega edema periférico. Realizou exames laboratoriais que evidenciaram níveis elevados na glicemia em jejum e hipocalcemia importante, com níveis séricos de potássio abaixo de 2,8 mEq/l. Dentre as opções abaixo, qual a provável etiologia da hipertensão arterial da paciente em questão?
- A) Hipertensão arterial primária.
 - B) Hipertensão secundária a feocromocitoma.
 - C) Hipertensão secundária a Síndrome de Cushing.
 - D) Hipertensão secundária a aldosteronismo primário.
23. Um paciente de 19 anos, masculino, vem em acompanhamento desde a infância com quadro de tosse produtiva persistente, rinossinusite e otite crônicas, uso frequente de antimicrobianos, dispneia e deficit auditivo. Com a piora dos sintomas, foi encaminhado a serviço especializado e trazia tomografia de tórax recente que mostrava bronquiectasias bilaterais sem outras alterações. Exames de avaliação evidenciaram azospermia. Refere acompanhamento de longa data por cardiopatia congênita. Qual o principal mecanismo fisiopatológico/patogênico responsável pelas manifestações apresentadas no contexto do diagnóstico mais provável?
- A) Hipogamaglobulinemia sobretudo as custas de menor produção de IgG e IgA e/ou IgM.
 - B) Desordens autossômicas recessivas afetando batimentos ciliares com acúmulo de secreção.
 - C) Redução dos níveis séricos de alfa 1 antripsina com aparecimento precoce de enfisema pulmonar.
 - D) Mutações em proteínas que resultam em defeitos na secreção de cloro e absorção de sódio nas vias aéreas.

24. Um paciente é internado em unidade de terapia intensiva com quadro compatível de síndrome do desconforto respiratório agudo e hipoxemia arterial. Com otimização do suporte ventilatório atingiu SpO_2 de 95% e evoluía com melhora significativa até apresentar um sangramento digestivo com queda de hemoglobina de 13 para 10 g/dL. Após instabilidade inicial, foi expandido com cristaloides atingindo euvolemia. A SpO_2 manteve-se em 95%. Uma vez que manteve oxigenação adequada sem hemotransfusão, se espera que quais dos parâmetros hemodinâmicos abaixo tenham sofrido decréscimo?
- A) Consumo de oxigênio (VO_2) e Conteúdo venoso de oxigênio (CvO_2).
 B) Saturação venosa central de O_2 ($SvCO_2$) e Consumo de oxigênio (VO_2).
 C) Taxa de Extração de oxigênio (TEO_2) e Conteúdo arterial de oxigênio (CaO_2).
 D) Saturação venosa central de O_2 ($SvCO_2$) e Conteúdo arterial de oxigênio (CaO_2).
25. Paciente 24 anos, masculino, procura atendimento médico devido a tosse seca persistente há 4 meses, sem febre, dispneia ou sintomas sistêmicos, mas que limita suas atividades profissionais e sociais. Refere obstrução nasal em raras ocasiões e discreto empachamento pós-prandial. Nega pirose, queimação, asma na infância e não faz uso de nenhuma medicação. Exame físico estava normal. Tem radiografia de tórax normal e realizou espirometria que mostrou os seguintes resultados: Pré-broncodilatador Capacidade Vital Forçada 3,20 (98%) VEF1: 1,98 (88%) Tifeneau; 0,61 Pós-broncodilatador Capacidade Vital Forçada 3,58 (112%) VEF 1: 2,25 (100%) Tifeneau; 0,62 Obs: as porcentagens se referem ao valor previsto para o paciente. Qual a conduta dentre as opções abaixo teria mais impacto positivo para o tratamento da situação clínica acima descrita?
- A) Prescrever omeprazol oral 40 mg/dia.
 B) Prescrever prednisona oral 20 mg/dia.
 C) Iniciar budesonida inalatória 400 mcg/dia.
 D) Iniciar fluticasona nasal 27,5mcg em cada narina/dia.
26. Um senhor de 67 anos, em tratamento quimioterápico para neoplasia de pulmão, é levado à emergência com quadro de dor pleurítica súbita a direita, dispneia e hemoptise volumosa. Exame físico revela taquicardia (FC = 120 bpm), FR= 30 mrm, PA= 85X50 mmHg. Restante normal, exceto pela redução de murmúrio vesicular em base direita a ausculta pulmonar. Gasometria inicial mostra alcalose respiratória com $PaO_2= 54$ mmHg e $SaO_2 = 90\%$. Realizou angiotomografia (em anexo) e após o exame o paciente evoluiu com piora da hipotensão seguida de óbito. Qual das opções abaixo descreve o principal fator determinante do óbito na situação acima descrita?

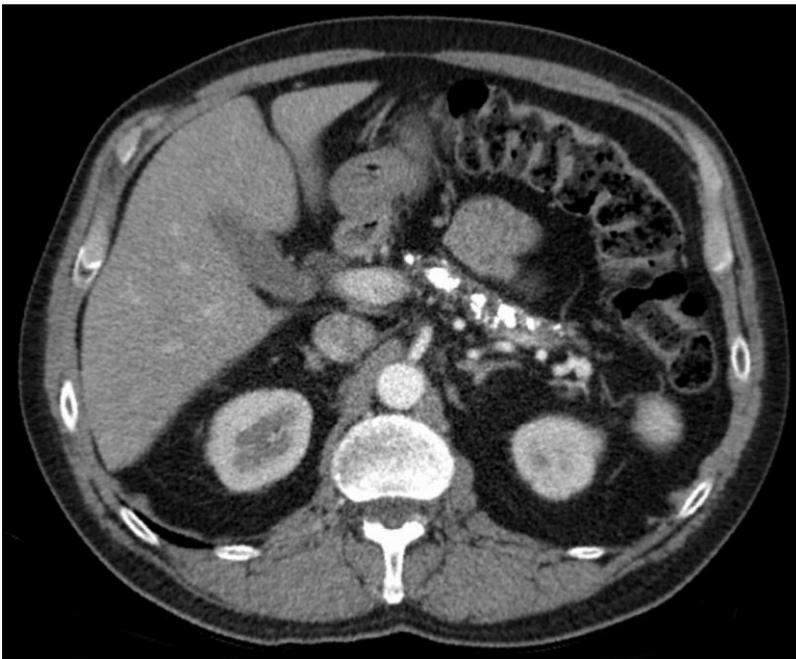


- A) Choque hipovolêmico resultante de hemoptise.
 B) Hipóxia decorrente de alterações Ventilação/Perfusão.
 C) Redução abrupta dos níveis de tromboxano A2 e Serotonina.
 D) Falência do Ventrículo Direito por sobrecarga aguda de pressão.

27. Mulher, 32 anos, comparece a consulta com pneumologista com quadro de tosse seca e febre vespertina há 3 semanas. Refere ainda adinamia. Realizou tratamento para tuberculose há um ano, após confirmação da doença com baciloscopia positiva. Recebeu alta do posto de saúde com remissão completa dos sintomas e baciloscopia negativa após tratamento com esquema básico. Radiografia de tórax atual demonstra opacidade com aparente cavitação em lobo superior direito. Realizou pesquisa de BAAR no escarro que foi negativa (três amostras). Qual das opções abaixo descreve a conduta mais adequada para confirmar o diagnóstico de tuberculose na situação acima descrita?
- A) Realizar teste tuberculínico com derivado proteico purificado (PPD).
 - B) Solicitar broncoscopia e realizar cultura para BK no lavado broncoalveolar.
 - C) Coletar nova amostra de escarro por método convencional e realizar teste rápido molecular para tuberculose.
 - D) Obter nova amostra de escarro induzido por solução hipertônica e realizar baciloscopia e teste rápido molecular.
28. Paciente feminina, 68 anos, há 3 semanas vem apresentando febre, fadiga, anorexia, dor e rigidez em região de ombros, pescoço e quadril bilateral. Há 2 semanas, evoluiu com cefaleia de forte intensidade, unilateral, diária, associado a dor em couro cabeludo e há 1 dia evoluiu com amaurose fugaz em olho direito. Procurou o serviço de emergência com estado geral regular, pálida +/-4, T: 38 C, com dor a palpação em região temporal direita, sem rigidez de nuca ou déficit neurológico, sem artrite, com exame cardiopulmonar normal. Exames laboratoriais evidenciaram: Hb: 10,5g/dl, leucócitos 8.764/mm³ (diferencial normal), plaquetas: 170.000/mm³, eletroforese de proteínas: normal, Ur: 43mg/dl, Cr: 0,8mg/dl. TGO: 45U/L, TGP: 37U/L. Exame oftalmológico: normal. Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual a terapia inicial mais apropriada além da prednisona?
- A) Rituximabe.
 - B) Metotrexate.
 - C) Ciclofosfamida.
 - D) Metilprednisolona.
29. Mulher de 43 anos, com história de dor lombar há 5 anos, de início insidioso e com piora progressiva ao longo dos anos. Refere que a dor melhora ao longo do dia, com realização de exercícios, e piora à noite. Não melhora com o repouso, mas melhora com anti-inflamatórios. Refere ainda dor em planta dos pés e calcâneos, sem dor e edema em articulações. Exames laboratoriais revelaram hemograma normal, VHS: 35mm, PCR: 2,9mg/dl e pesquisa do antígeno HLAB27: negativa. Ao exame: sem artrite, sem deformidades e sem limitação em coluna lombar. O diagnóstico mais provável da paciente é:
- A) Fibromialgia.
 - B) Espondiloartrite axial.
 - C) Osteoartrite de coluna lombar.
 - D) Lombalgia crônica inespecífica.
30. Homem de 28 anos comparece ao departamento de emergência com queixa de dor abdominal intensa, náuseas e vômitos de início há 24 horas. Refere ainda astenia, tontura e mialgias. Ao exame físico, apresenta pressão arterial de 80x60mmHg, frequência cardíaca de 110bpm, frequência respiratória de 24irpm, glicemia capilar 58mg/dl, sonolência, ausculta pulmonar com sibilos esparsos bilateralmente com abdome difusamente dolorosa à palpação, entretanto sem sinais de peritonite. Comorbidades: Asma de difícil controle desde a infância. Medicamentos em uso: Prednisona 20mg/dia e "bombinhas", as quais os familiares desconhecem o nome. Cessou uso dos medicamentos há uma semana por dificuldades financeiras. Exames laboratoriais: Hemoglobina 13,2g/dl Leucócitos 13.200/mm³ Segmentados 9240/mm³ Linfócitos 2640/mm³ Eosinófilos 600/mm³ Monócitos 680/mm³ Basófilos 40/mm³ Plaquetas 420.000/mm³ Ureia 105mg/dl Creatinina 1,2mg/dl Sódio 125mEq/L Potássio 5,5mEq/L. Nesse momento, a conduta mais apropriada a ser tomada é:
- A) contactar o cirurgião de sobreaviso para avaliar possibilidade de cirurgia de urgência.
 - B) realizar expansão volêmica com cristalóide e administrar corticoide endovenoso.
 - C) iniciar expansão volêmica com cristalóide e antibioticoterapia endovenosa.
 - D) administrar adrenalina intramuscular e anti-histamínicos.

31. Homem de 36 anos comparece ao ambulatório de Clínica Médica com queixa de caroços no pescoço há 6 meses. Refere febre esporádica, sudorese noturna, prurido e emagrecimento importante não quantificado nesse período. Nega sintomas respiratórios. Ao exame físico, o paciente se encontra emagrecido e hipocorado. Constatam-se linfonodomegalias cervicais à esquerda, coalescentes, a maior medindo cerca de 3,5cm no maior eixo, indolores e aderidas a planos profundos. Hemograma evidencia hemoglobina 8,5g/dl e eosinofilia. Radiografia de tórax demonstra alargamento de mediastino sem alterações no parênquima pulmonar. Ao ser realizado o procedimento diagnóstico de escolha, qual o achado mais provável?
- A) Linfadenite necrotizante.
 - B) Células em anel de sinete.
 - C) Células de Reed-Sternberg.
 - D) Histiocitose sinusal com emperipolese.
32. Paciente masculino, 52 anos, com quadro de disfagia baixa indiferente para sólidos e líquidos há 3 anos, associado a regurgitação e dor torácica após as refeições. Nega pirose. Refere perda ponderal de 3 kg no período. Acompanhado por hipertensão arterial sistêmica. Irmã usa marcapasso por arritmia cardíaca (SIC). Morou em casa de taipa durante a infância. Exame físico sem alterações. Realizada endoscopia digestiva alta que mostrou discreto aumento do calibre esofágico, com presença de resíduos alimentares no esôfago. Esofagograma mostrou aumento do calibre esofágico (5 cm) com retardo de esvaziamento do contraste e redução gradual do calibre na porção distal, na região do esfíncter esofágico inferior (EIE). O achado no exame de manometria convencional que MELHOR DEFINE o diagnóstico da PRINCIPAL HIPÓTESE do caso acima é:
- A) Hipotonia do EIE e hipocontratilidade de terço distal de corpo esofágico.
 - B) Hipertonia do EIE e hipercontratilidade de terço distal de corpo esofágico.
 - C) Relaxamento incompleto ou ausente do EIE e aperistalse de corpo esofágico.
 - D) Relaxamento incompleto ou ausente do EIE e hipercontratilidade de terço distal de corpo esofágico.
33. Homem, 73 anos, vem ao consultório com queixa de leve desconforto epigástrico, sem outras queixas. Nega sangramento. Hábito intestinal normal. História patológica pregressa: HAS, DM, AVC isquêmico de etiologia arteriosclerótica há 4 meses (excluída etiologia cardioembólica na época), além de infarto agudo do miocárdio há 5 anos. Em uso: ácido acetilsalicílico 100 mg/dia, rosuvastatina 40 mg/dia, ezetimiba 10 mg/dia, losartan 50 mg/dia, metformina 1000 mg/dia, bisoprolol 2,5 mg/dia. Foi submetido a endoscopia que mostrou cicatriz linear esbranquiçada em pequena curvatura de antro (Sakita S2), sem outros achados. Teste da urease negativo. Biópsia da cicatriz mostrou gastrite crônica leve inativa H. pylori negativo. Dentre as opções abaixo, assinale a melhor estratégia a ser adotada para esse paciente.
- A) Troca do AAS convencional por AAS de liberação entérica.
 - B) Manutenção do AAS convencional e prescrição de sucralfato.
 - C) Suspensão do AAS convencional e prescrição de inibidor de bomba de prótons.
 - D) Manutenção do AAS convencional e associação de inibidor de bomba de prótons.
34. Paciente masculino, 60 anos, refere há 8 meses quadro de diarreia, cerca de 5-6 episódios ao dia, algumas vezes com sangue, associada a dor de forte intensidade em fossa ilíaca direita (FID), distensão abdominal e náusea, sem vômitos. Perda ponderal de 5 kg no período. Nega cirurgias prévias ou outras comorbidades. Ao exame: Bom estado geral, hipocorado +/4+. Ausculta cardiopulmonar normal. Abdome flácido, doloroso à palpação profunda em FID, sem sinais de irritação peritoneal, sem massas palpáveis. Exame perianal sem alterações. Exames laboratoriais mostraram anemia ferropriva (Hb 10,2), PCR e VHS altos e calprotectina fecal elevada. Colonoscopia mostrou válvula ileocecal edemaciada, com algumas ulcerações serpiginosas em íleo terminal, algumas confluentes, com áreas sãs de permeio. Cólon sem alterações. Biópsia ileal mostrou ileíte crônica ativa, com granuloma não caseoso. Enterorressonância com espessamento de parede em íleo terminal, sem dilatação significativa a montante, associada a ingurgitação de vasos mesentéricos e borramento da gordura adjacente. Considerando a principal hipótese diagnóstica, a melhor alternativa terapêutica para indução de remissão entre as alternativas abaixo seria:
- A) Mesalazina.
 - B) Azatioprina.
 - C) Budesonida.
 - D) Vedolizumab.

35. Mulher de 42 anos, com diagnóstico prévio de cirrose por hepatite autoimune, é trazida por familiares à emergência com história de hematêmese de grande volume há 3 horas. Nega episódio anterior de sangramento. Nega outras comorbidades. Em uso domiciliar: carvedilol 6,25 mg 12/12h, furosemida 40 mg ao dia, espironolactona 100 mg ao dia, lactulona 10 mL 8/8h, prednisona 5 mg ao dia e azatioprina 75 mg ao dia. Ao exame: PA: 110 x 80 mmHg, FC: 92 bpm e FR:17 irpm. Regular estado geral, alerta, cooperativa, porém confusa, com discurso desconexo, flapping (+). Ausculta cardiopulmonar sem alterações. Abdome globoso por ascite, indolor à palpação, sem massas palpáveis, traube ocupado, piparote (+). Extremidades com edema discreto de membros inferiores. Considerando a etiologia mais provável para o sangramento apresentado pela paciente, assinale a conduta mais adequada.
- A) Terlipressina + ligadura elástica de varizes.
B) Noradrenalina + ligadura elástica de varizes.
C) Octreotide + escleroterapia de varizes com etanolamina.
D) Vasopressina + escleroterapia de varizes com etanolamina.
36. Paciente masculino, 38 anos, refere quadro de dor em abdome superior recorrente, de forte intensidade, que piora após as refeições, associada a perda ponderal de 15% do peso habitual. Etilista pesado, com ingestão de 1L de cachaça ao dia por 20 anos. Tabagista 30 anos-maço. Ao exame: Regular estado geral, emagrecido, hipocorado+/4+. Abdome doloroso à palpação profunda em epigástrio, sem sinais de peritonismo, sem massas ou visceromegalias palpáveis, traube livre. Realizada investigação laboratorial inicial que evidenciou anemia macrocítica (Hb: 9,9, VCM: 110), leucócitos e plaquetas normais, hipoalbuminemia (alb: 2,9), hipomagnesemia (Mg: 1,3). Amilase e lipase normais. Transaminases e bilirrubinas normais, fosfatase alcalina e GGT discretamente elevadas. US de abdome sem alterações, com difícil visualização do retroperitônio por interposição gasosa. Endoscopia digestiva alta mostrou varizes de fundo gástrico. Tomografia abdominal mostrada abaixo. Qual a principal hipótese diagnóstica?

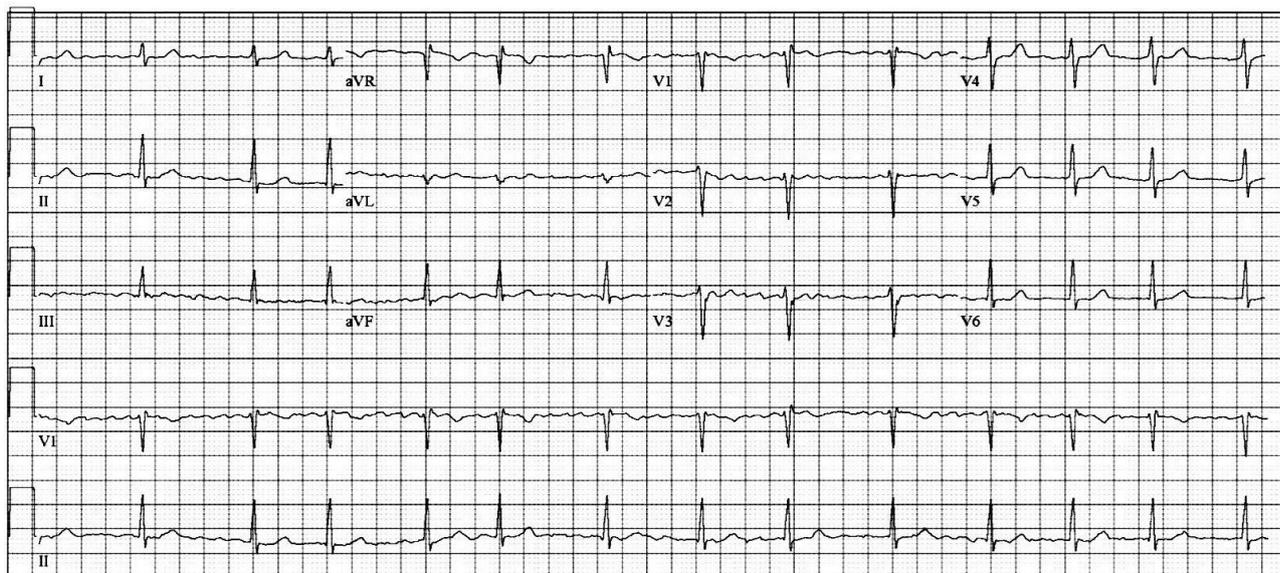


- A) Cirrose hepática.
B) Doença de Crohn.
C) Pancreatite crônica.
D) Doença biliar litiásica.
37. Homem de 61 anos, tendo como seqüela de acidente automobilístico paresia de membros superiores e plegia de membros inferiores, foi internado no hospital para cuidados de lesão por pressão em região sacral. Está em uso de sonda vesical com sistema coletor fechado. Apesar de estar assintomático, foi solicitada urinocultura que evidenciou mais de 100 mil UFC de E. coli. Esse momento, a conduta mais adequada é tratar:
- A) por 3 dias e repetir a urinocultura após tratamento.
B) por 7 dias e repetir a urinocultura após tratamento.
C) por 14 dias e repetir a urinocultura após tratamento.
D) em caso de aparecimento de sinais ou sintomas.

38. Homem de 51 anos, hipertenso e fumante de longa data, foi internado com história de febre, dor no flanco direito e hematúria. Mencionou que na família tem história de doença renal, mas não sabia especificar qual. Negou história prévia de infecção do trato urinário. Os resultados laboratoriais iniciais evidenciaram cálcio sérico de 14 mg/dL, creatinina sérica de 1,3 mg/dL e VHS aumentado. Observou-se à ultrassonografia imagem ovalada hiperecoica em rim direito, sem calcificação e com hiperfluxo. A tomografia computadorizada revelou ser a imagem, captante de contraste e sem medidas de densidade negativas em seu interior. Nesse caso, o diagnóstico mais provável é:

- A) Câncer renal.
- B) Abscesso renal.
- C) Angiomiolipoma.
- D) Pielonefrite xantogranulomatosa.

39. Uma senhora de 48 anos compareceu à consulta ambulatorial com queixa de intolerância aos esforços moderados de forma episódica, insônia e sonolência diurna. Tem histórico de troca valvar mitral por prótese metálica devido estenose mitral decorrente de febre reumática, além de hipertensão arterial sistêmica e pré-diabetes. Faz uso regular de bebidas alcoólicas (até 6 unidades de álcool por dia). Ao exame PA 134 x 80 mmHg, pulso 84 bpm regular e IMC de 39,6 kg/m². TSH 2,33. Ecocardiograma evidenciou valva normofuncionante com fração de ejeção de 56% e disfunção diastólica grau I. Polissonografia demonstrou a presença de 38 eventos de apneia hipopneia por hora com dessaturação mínima de 72%. Apresentou em uma ocasião o ECG abaixo. Holter demonstrou 2 episódios no mesmo padrão do ECG ao longo de 24h. Faz uso de varfarina (INR 3,22), losartan, verapamil, clortalidona e metformina. A paciente foi orientada quando a modificação do estilo de vida, abstinência alcoólica, perda de peso e controle pressórico e da glicemia. Além das orientações, qual a melhor opção para o controle da situação flagrada no ECG?



- A) Iniciar propafenona.
 - B) Associar metoprolol succinato.
 - C) Trocar varfarina por rivaroxabana.
 - D) Prescrever terapia de pressão positiva contínua das vias aéreas.
40. Mulher de 56 anos foi admitida na emergência com febre (38,8°C), calafrios e história de disúria há uma semana. Relatava infecções urinárias prévias e vinha em uso de amoxicilina sem melhora, há 3 dias. Ao exame, apresentava torpor, PA: 80x40mmHg, FC:125ppm. Foi intubada e transferida para leito de UTI. Após infusão de 2000mL de solução salina e início de antibioticoterapia IV apresentava o seguinte quadro cardiorrespiratório: PA:105x55mmHg, Gasometria venosa central: SvO₂:75%, PvO₂: 50mmHg, Gasometria arterial: SaO₂:95%, PaO₂:90mmHg com FIO₂:30%, pH e PaCO₂ normais, Lactato arterial: 4,3mmol/L. Qual mecanismo fisiopatológico poderia explicar os achados metabólicos da paciente?
- A) Baixo débito cardíaco.
 - B) Disfunção endotelial vascular.
 - C) Excessiva extração tissular de O₂.
 - D) Redução da produção de óxido nítrico endovascular.