



PUC-SP



Hospital
Santa Catarina

Associação Congregação de
Santa Catarina

RESIDÊNCIA MÉDICA 2020

Especialidades com pré-requisito em
CLÍNICA MÉDICA

O conteúdo desta prova é de propriedade da Fundação São Paulo. É expressamente proibida a sua reprodução, utilização em outros concursos, bem como o uso em sala de aula ou qualquer outro tipo, na totalidade ou em parte, sem a prévia autorização por escrito, estando o infrator sujeito à responsabilidade civil e penal.

Instruções

- A duração da prova é de 3 horas, devendo o candidato permanecer na sala por, no mínimo, 1 hora e 30 minutos.
- A prova contém 35 questões objetivas, cada uma com 4 alternativas, das quais apenas uma é correta, e uma questão dissertativa que deve ser respondida nesse caderno.
- Assinale, na folha óptica de respostas, a alternativa que julgar correta, preenchendo com caneta esferográfica (azul ou preta), com traço forte, dentro do espaço. Evite amassar ou rasurar.
- No preenchimento da folha óptica, preste atenção na sequência numérica das questões.
- Não serão computadas as questões que contenham mais de uma resposta assinalada na folha óptica. Também não serão computadas aquelas respostas com emenda ou rasura, ainda que legíveis, assinaladas com traço fraco ou em branco.
- Desligue o celular, similares e quaisquer outros equipamentos eletrônicos e coloque-os no envelope designado para esse fim.
- Não é permitido o uso de relógio, seja digital, de pulso, com calculadores ou outros. Coloque-o no envelope também.
- Será excluído da seleção o candidato que lançar mão de meios ilícitos para a execução da prova.
- Ao término da prova o candidato deverá, obrigatoriamente, devolver ao fiscal o caderno de questões e a folha óptica de respostas.

Boa prova!

ESPECIALIDADES COM PRÉ-REQUISITO EM CLÍNICA MÉDICA:

PUC-SP

301 – Cancerologia Clínica

303 – Endocrinologia

304 – Nefrologia

305 – Pneumologia

306 – Reumatologia

307 – Hematologia e Hemoterapia

HOSPITAL SANTA CATARINA

800 – Medicina Intensiva.

Especialidades com pré-requisito em CLÍNICA MÉDICA

• Questão 01 •

Qual das alternativas abaixo indica um medicamento anti-hipertensivo que diminui o débito cardíaco, bem como a secreção de catecolaminas nas sinapses nervosas e inibe a secreção de renina?

- A) Betabloqueadores.
- B) Inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA).
- C) Bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II (BRA).
- D) Espironolactona.

• Questão 02 •

Osvair, 72 anos, deu entrada na Unidade Regional de Emergência, com história de hematêmese, melena, confusão mental e desmaio. Ao chegar, a frequência cardíaca era 116 bpm, a PA= 80/58 mmHg, frequência respiratória 20 ipm, afebril. A esposa falou que não urinou nas últimas 12 horas. A mais rápida conduta que se deve tomar, neste caso, é

- A) realizar coleta de hematócrito e hemoglobina, para guiar transfusão de sangue.
- B) solicitar endoscopia digestiva alta de urgência.
- C) iniciar reposição volêmica com cristalóide isotônico.
- D) iniciar inibidor de bomba protônica injetável.

• Questão 03 •

Carlos, 44 anos, previamente saudável, vem apresentando inchaço em membros inferiores há 4 meses. Há 1 mês, o inchaço progrediu para o resto do corpo. Embora continue a alimentar-se de maneira saudável, seu peso corporal aumentou 12 kg nos últimos 2 meses. Sua PA atual é de 108/68 mmHg. Seus exames laboratoriais mostraram: INR= 1,0; bilirrubinas normais; Colesterol=330 mg/dL; Triglicérides=440 mg/dL e Albumina sanguínea= 2,8 g/dL. Entre as alternativas abaixo, qual representa um resultado de laboratório mais compatível com a principal hipótese diagnóstica de Carlos?

- A) Proteína em amostra isolada de urina de 300 mg/dL.
- B) Creatinina plasmática superior a 7,0 mg/dL.
- C) Hemácias em amostra isolada de urina de 120.000 hemácias/mL.
- D) Relação ureia/creatinina inferior a 5 em amostra urinária.

• Questão 04 •

De acordo com o Código de Ética Médica (CEM) vigente, qual das alternativas abaixo é CORRETA?

- A) Após a morte de seu paciente, Dr. Osvaldo não precisa mais guardar sigilo sobre doença que acometeu Pedro, pois tratava-se de doença transmissível e era de conhecimento público.
- B) Dr. Francisco foi impedido de internar seu paciente para fazer uma colecistectomia eletiva. O diretor clínico do Hospital Diamante, Dr. Cláudio, agiu de forma correta, pois o médico assistente não estava devidamente credenciado.
- C) Marisa foi vítima de estupro. Dra. Paula, que foi obstetra de Marisa na primeira gravidez, recusou-se a fazer aborto na paciente, alegando que essa prática contraria os ditames de sua consciência, por ser católica.
- D) Dr. Francischete está apto a participar da CIHDOTT – Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante, já que é nefrologista da equipe de transplante e conhece bem todos os trâmites legais.

• Questão 05 •

A história natural e o quadro clínico do sarampo são bastante característicos. Dentre as alternativas abaixo, assinale a **CORRETA**:

- A) Os sintomas aparecem em média de 4 a 5 dias desde a data da exposição.
- B) O primeiro sinal do sarampo é febre alta, que dura de 8 a 12 dias.
- C) Complicações são mais frequentes entre crianças maiores de 5 anos e adultos até 20 anos de idade.
- D) O óbito ocorre, especialmente, em pacientes que desenvolvem pneumonia e/ou encefalite.

• Questão 06 •

Atualmente, para o tratamento de Artrite Reumatoide, dispomos de uma classe de medicamentos conhecidos como **Biológicos**, que atuam em diferentes pontos da sinalização inflamatória. Assinale a alternativa que contemple os alvos de bloqueio desta sinalização no tratamento dessa doença.

- A) Anti IL-2, Anti IL-6, Anti TNF alfa.
- B) Anti IL - 17, Anti Linfócito B, Anti TNF alfa.
- C) Anti IL -12/23, Anti TNF alfa, Anti IL-6.
- D) Anti IL- 6, Anti TNF alfa, Anti Linfócito B.

• Questão 07 •

Quais doenças abaixo são classificadas como Espondiloartrites?

- A) Artrite Reumatoide, Artrite Microcristalina, Artrite Psoriásica.
- B) Espondilite Aquilosa, Artrite Psoriásica e Artrite Enteropática.
- C) Artrite Enteropática, Espondilite Aquilosa e Artrite Reumatoide.
- D) Artrite Reativa, Artrite Psoriásica e Hiperostose Esquelética Difusa Idiopática.

• Questão 08 •

Em qual perfil dos pacientes abaixo o diagnóstico de Artrite Reumatoide seria o mais provável?

- A) Mulher, 55 anos, tem poliartrite de pequenas articulações de mãos, com comprometimento simétrico de interfalangeanas proximais e metacarpofalangeanas há 8 semanas, Proteína C Reativa = 24 (valor de referência <6), Fator Reumatoide negativo, Anticorpo anticitrulina positivo.
- B) Mulher, 64 anos, tem poliartrite de pequenas articulações de mãos, com comprometimento simétrico de interfalangeanas distais, proximais e metacarpofalangeanas há 8 semanas, Proteína C Reativa = 24 (valor de referência < 6), Fator Reumatoide negativo, Anticorpo anticitrulina negativo.
- C) Mulher, 34 anos, tem oligoartrite assimétrica de grandes articulações há 2 semanas, Proteína C Reativa 64 (valor de referência <6), Fan + 1:640 padrão pontilhado grosso, Fator reumatoide positivo, anticitrulina negativo.
- D) Homem, 64 anos, tem monoartrite aguda em joelho D, há 1 dia, Proteína C Reativa = 48 (valor de referência <6), Fator Reumatoide negativo, Anticorpo anticitrulina negativo.

• Questão 09 •

Qual das drogas abaixo, muito utilizadas na Reumatologia, exige que, antes e durante o seu uso prolongado, sejam feitos exames oftalmológicos para pesquisa de efeitos colaterais, como o comprometimento da retina?

- A) Metotrexato.
- B) Leflunomida.
- C) Hidroxicloroquina.
- D) Sulfassalazina.

• Questão 10 •

Em relação às alterações hepáticas relacionadas ao HIV, é **CORRETO** afirmar que:

- A) A toxicidade hepática é um efeito adverso pouco associado aos medicamentos antiretrovirais.
- B) Reações de hipersensibilidade aos medicamentos antiretrovirais não estão entre os mecanismos principais de lesão hepática.
- C) Testosterona, nandrolona e oxandrolona apresentam potencial de hepatotoxicidade para os pacientes que vivem com HIV/AIDS.
- D) A maioria dos pacientes que vive com HIV/AIDS e tem hepatopatia alcoólica crônica, apresenta dosagens de ALT maiores que as de AST.

• Questão 11 •

Referente à imunização das pessoas que vivem com HIV/AIDS, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) A vacina anti-pneumocócica deve ser realizada em dose dobrada.
- B) A vacina do papilomavirus humano não faz parte do protocolo de imunização dos pacientes masculinos acima de 13 anos.
- C) Vacinas com vírus vivos atenuados nunca podem ser feitas em pacientes com CD4 abaixo de 350 células/mm³.
- D) A vacina dupla do tipo adulto (dT) deve ser feita em três doses (0, 2, 4 meses) e reforço a cada 10 anos.

• Questão 12 •

Em relação aos testes laboratoriais para sífilis, é **CORRETO** afirmar que:

- A) Testes treponêmicos são indicados para o monitoramento da resposta ao tratamento.
- B) Existem vários tipos de testes treponêmicos como, por exemplo, hemaglutinação (TPHA), aglutinação de partículas (TPPA), teste de imunofluorescência indireta (FTA-Abs), entre outros.
- C) Ensaio imunoenzimático (ELISA) e suas variações, como quimiluminescência (CMIA), têm baixa sensibilidade.
- D) Testes não treponêmicos detectam anticorpos anticardiolipina específicos para os antígenos do *T. pallidum*.

• Questão 13 •

Assinale a alternativa CORRETA em relação à reação de Jarisch-Herxheimer que pode ocorrer após a primeira dose de penicilina, em especial nas fases primária ou secundária da sífilis:

- A) Pode acontecer também no tratamento da doença de Lyme e da leptospirose, mesmo com o uso de eritromicina ou tetraciclina.
- B) Caracteriza-se por exacerbação das lesões cutâneas – sem eritema, dor ou prurido, mal-estar geral e artralgia. Não ocorre febre.
- C) As lesões cutâneas persistem por duas a três semanas.
- D) Pode ser controlada com o uso de analgésicos simples, conforme a necessidade, mas é preciso descontinuar o tratamento da sífilis.

• Questão 14 •

Em relação às fases da infecção pelo vírus da hepatite B, é CORRETO afirmar que:

- A) A fase imunotolerante é caracterizada por negatividade de HBeAg e baixos índices de HBV-DNA sérico, indicativos de replicação viral.
- B) Na fase imunorreativa, o HBeAg é reagente e ocorrem maiores índices de HBV-DNA sérico, indicativos de maior replicação viral.
- C) O estado de portador inativo é caracterizado por níveis muito baixos, ou até mesmo indetectáveis de HBV-DNA sérico, com normalização das aminotransferases.
- D) A fase de reativação pode surgir antes do período inativo, quando param de ocorrer mutações na região pré-core e/ou core-promoter do vírus.

• Questão 15 •

Qual das alternativas abaixo contém 2 neoplasias malignas relacionadas à presença patogênica do HPV (em seus diversos tipos sorológicos)?

- A) Carcinoma do colo uterino – sarcoma de corpo uterino.
- B) Carcinoma de colo uterino – carcinoma de orofaringe.
- C) Carcinoma da vulva – carcinoma de pequenas células do pulmão.
- D) Carcinoma do cólon e reto – carcinoma de ânus e canal anal.

• Questão 16 •

Hipercalcemia “maligna” é entidade frequente em neoplasias malignas, principalmente (mas não obrigatoriamente só) em lesões ósseas do tipo osteolítico. Sobre esta entidade clínica, é CORRETO afirmar que:

- A) Está associada a um bloqueio de ramo esquerdo no ECG.
- B) Pode se manifestar com letargia, náuseas e vômitos.
- C) Leva ao surgimento de taquiarritmias atriais.
- D) É tratada com vitamina D, em altas doses.

• Questão 17 •

Qual das respostas abaixo contém apenas alternativas CORRETAS para diminuição rápida do cálcio plasmático, em pacientes com hipercalcemia?

- A) Hidratação vigorosa, furosemida e bifosfonatos.
- B) Hidratação vigorosa, hidroclorotiazida e furosemida.
- C) Hidroclorotiazida, furosemida e imobilização no leito.
- D) Hidratação vigorosa, prednisona e vitamina D.

• Questão 18 •

Paciente do sexo feminino, 43 anos, apresenta amenorreia há um ano e meio. Há 3 anos apresentou diagnóstico de carcinoma papilífero da tireóide T3N1M1. Na época foi submetida à tireoidectomia total e radioiodoterapia e evoluiu com tireoglobulina = 3,2ng/mL (sob levotiroxina), com elevação progressiva no último ano e achado de tecido iodocaptante em região cervical e pulmões, na Pesquisa de Corpo Inteiro (PCI) recente. Além da Tireoglobulina, trouxe: T4 livre = 1,4ng/dL (VR: 0,93 -1,7); TSH = 0,05 mUI/mL (VR: 0,27 - 4,2); LH = 70 mUI/mL (VR: folicular = 2,4 a 12,6; Lútea: 1 a 11,4; Ovulatória: 14 a 96), FSH = 62 mUI/mL (VR: folicular: 3,5 a 12,5; Lútea: 1,7 a 7,7; Ovulatória: 4,7 a 21,5) ; E2 = 4 pg/mL (VR: folicular 12,4 a 233; Lútea 22,3 a 341; Ovulatória 41 a 398); Ac Anti Tireoglobulina = positivo. Assinale a alternativa CORRETA:

VR = Valor de Referência

- A) Deve-se reduzir a dose de levotiroxina da terapia, visando TSH entre 0,5 a 2 para se evitar consequências cardiovasculares e ósseas, relacionadas ao hipertireoidismo subclínico.
- B) Há possibilidade de gestação com produção de beta-HCG que causa alterações na composição dos hormônios tireoidianos (Tireotoxicose da Gestação), além de elevação da TBG.
- C) Alvo terapêutico adequado ao estadiamento da paciente e levotiroxina com dose mantida.
- D) O anticorpo antitireoidiano pode se relacionar ao estado de hipertireoidismo subclínico, por indicar a presença de uma doença tireoidiana auto-imune.

• Questão 19 •

Paciente, sexo feminino, 36 anos, fora de gestação, queixa-se de constipação, intolerância ao frio, secura na pele e fadiga, diminuição da memória e alteração do raciocínio. Trouxe exames séricos mostrando T4 livre = 1,3 (VR: 0,93 -1,7); TSH = 5,8 (VR: 0,27 - 4,2) e Ac Anti TPO e Ac Anti Tireoglobulina positivos. Não havia uso de medicamentos ou vitaminas. Sem quadro de dor na parte anterior do pescoço, precedendo a coleta dos exames. Mãe apresenta hipotireoidismo por Tireodite de Hashimoto. Os exames foram repetidos sem medicação 6 meses depois: T4livre = 1,4 (VR: 0,93 -1,7); TSH = 8,8 (VR: 0,27 - 4,2) e Ac Anti TPO e Anti Tireoglobulina positivos. É CORRETO afirmar que:

VR = Valor de Referência

- A) Deve ser considerada a reposição de hormônio tireoidiano, pois a paciente apresenta níveis progressivamente elevados de TSH, na presença de anticorpos anti-tireoidianos.
- B) Apenas com o US de tireoide, mostrando alterações compatíveis com Tireodite de Hashimoto, é que podemos iniciar terapia de reposição com hormônio tireoidiano.
- C) Deveríamos iniciar a terapia apenas se a paciente mostrasse TSH \geq 10mUI/L persistentemente e desejo de gestação.
- D) Com certeza, os sintomas apresentados nada têm a ver com o fato de apresentar alterações nos níveis de TSH, que nunca são sintomáticos com a normalidade dos hormônios tireoidianos.

• Questão 20 •

Pessoa portadora de Diabetes Mellitus tipo 1 há 2 anos, 20 anos de idade, sexo masculino, sem complicações crônicas diagnosticadas. Não é tabagista ou etilista. Peso 67Kg; Estatura 1,70m. PA 118x74mmHg; FC 80bpm. Sem anormalidades ao exame físico. Aplica insulina de modo correto e rodízio adequado dos locais de aplicação. Usa apenas insulina NPH U100, 40 Unidades cedo (meia hora antes do café da manhã) e 40 Unidades à noite, antes de dormir (22h). Queixa-se de hipoglicemias frequentes, às vezes com perda da consciência durante o dia e convulsões à noite. Segundo o *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Diabete Melito Tipo 1, 2018, do Ministério da Saúde*, assinale a alternativa CORRETA:

- A) É razoável que se prescreva a NPH nestes horários, mas com dose reduzida e com cobertura das refeições com insulina Regular. A dose total de insulina pode ficar na faixa de 0,5 a 1,2 Unidades por Kg de peso por dia, variando de paciente para paciente.
- B) Deve-se suspender a insulina NPH da noite e encaminhar a um Centro de Referência para tratamento de Diabetes Mellitus tipo 1, onde há equipe multidisciplinar, com autorização para ajuste da dose de insulina.
- C) A indicação de análogos de insulina de ação prolongada e rápida é obrigatória na situação apresentada e se relaciona à parada dos episódios hipoglicêmicos em diabetes instável.
- D) A monitorização glicêmica, antes e após as refeições não é um constituinte importante da terapia, bastando realizar refeições com conteúdo de carboidratos fixo e conhecido.

• Questão 21 •

Paciente de 56 anos, apresenta Diabetes Mellitus tipo 2, há 3 anos. Peso 103Kg, Estatura 1,65m. Hipertenso bem controlado com losartana 50mg duas vezes ao dia e anlodipino 5mg uma vez ao dia. Em uso de metformina 850mg três vezes ao dia, desde o diagnóstico, mas não reduziu o peso de modo efetivo desde então, apesar dos esforços e da ausência de problemas psicológicos. Pai faleceu de IAM aos 45 anos. Glicemia jejum = 136 mg/dL; HbA1c 7,5% (HPLC); TFGestimada = 80mL/min/1,73m². Assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) A cirurgia bariátrica deve ser considerada entre as opções terapêuticas, devido ao impacto positivo no peso, controle do Diabetes e Hipertensão arterial.
- B) Liraglutida não deve ser oferecida para controle do peso e melhora do controle glicêmico, pois não há estudos que comprovem impacto positivo.
- C) Inibidor do receptor de SGLT-2 só pode ser oferecido, se comprovada insuficiência cardíaca, com fração de ejeção preservada.
- D) Caso o paciente desenvolvesse insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, a medicação de eleição para tratamento do Diabetes Mellitus seria a pioglitazona, devido ao perfil de segurança neste tipo de condição.

• Questão 22 •

Paciente do sexo masculino, 60 anos, deu entrada no pronto-socorro com história de crise convulsiva há alguns minutos. Tem história pessoal de ter sido submetido à cirurgia bariátrica (Derivação Gástrica em Y de Roux) há 10 anos, com mau seguimento e reganho ponderal importante. Diagnosticado com carcinoma de tireoide, foi submetido à tireoidectomia total há uma semana, evoluindo com parestesias e câibras desde então e que não melhoraram com uso de carbonato de cálcio, prescrito na alta. Em uso de dose correta e aderente de hormônio tireoidiano. Assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) O hipoparatiroidismo pode ser classificado como definitivo, caso persista por mais de 6 anos após a paratiroidectomia cirúrgica acidental e com tratamento adequado.
- B) O diagnóstico de hipoparatiroidismo pós cirúrgico pode ser confirmado pelo achado de cálcio (corrigido para albumina) elevado com PTH baixo. Os níveis de fósforo, geralmente, são baixos.
- C) O uso de calcitriol não é necessário para se manter a homeostase do cálcio no hipoparatiroidismo pós cirúrgico, indicando-se, usualmente, uma aplicação subcutânea diária de teriparatida para reposição hormonal.
- D) O uso de infusão rápida de gluconato de cálcio 10% uma ou duas ampolas em 50 a 100mL de solução salina 0,9%, ou SG 5% infundidos em 10 a 20 minutos, é uma boa conduta no tratamento da hipocalcemia aguda sintomática.

• Questão 23 •

A maior causa de mortalidade no infarto agudo do miocárdio, com supradesnivelamento do segmento ST, antes da admissão no hospital, decorre de

- A) Fibrilação Ventricular.
- B) Edema agudo de pulmão.
- C) Ruptura Cardíaca.
- D) Fibrilação atrial.

• Questão 24 •

Paciente de 50 anos, hipertenso, é admitido na emergência com dor torácica de forte intensidade, irradiada para a região interescapular, contínua e de início súbito. Apresenta-se agitado, com sudorese fria, PA: 180/100 mmHg, sopro diastólico em foco aórtico com irradiação para o bordo esternal direito e com sinais de insuficiência cardíaca. Esses sinais e sintomas estão relacionados à

- A) Estenose aórtica com ruptura de músculo papilar.
- B) Dissecção aórtica tipo III de DeBakey.
- C) Insuficiência mitral pós infarto agudo do miocárdio.
- D) Dissecção da aorta ascendente com insuficiência aórtica aguda.

• Questão 25 •

O diagnóstico diferencial entre infarto agudo do miocárdio e angina instável nas síndromes coronarianas agudas, sem supradesnivelamento do ST, se faz através de

- A) Marcadores de necrose miocárdica.
- B) Eletrocardiograma.
- C) Ecocardiograma.
- D) Dosagem do peptídeo natriurético cerebral.

• Questão 26 •

Paulo, 60 anos, é admitido na emergência, queixando-se de dor precordial em repouso, irradiada para mandíbula inferior e membro superior esquerdo, acompanhada de dispneia, sudorese fria e palidez, com 3 horas de duração. Refere estar em tratamento para hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia. Ao exame apresenta PA: 130/80 mmHg, ausculta cardíaca normal, taquipneia com estertores nas bases pulmonares. O ECG mostrou supradesnivelamento do segmento ST em V1, V2, V3, V4, V5. O diagnóstico correto e a conduta em um hospital com todos os recursos disponíveis são:

- A) Infarto da parede lateral e trombólise.
- B) Infarto da parede anterior e angioplastia coronária primária.
- C) Infarto da parede inferior e trombólise.
- D) Infarto da parede inferior e angioplastia coronária primária.

• Questão 27 •

João, 45 anos, vem à Unidade Básica de Saúde com queixa de tosse, expectoração amarelada e muita falta de ar, que piorou há 7 dias e passou a atrapalhar muito suas atividades cotidianas. João trabalha como vendedor em loja de roupas e fuma desde os 15 anos, cerca de 2 maços por dia. Negativa asma na infância e refere que este episódio de alterações respiratórias é o terceiro neste ano. Qual é a conduta mais adequada em relação à investigação diagnóstica e tratamento a curto prazo deste paciente?

- A) Tratar a exacerbação com antibiótico, corticoide oral 7 dias, broncodilatadores e solicitar radiografia do tórax.
- B) Tratar a exacerbação com antibiótico, corticoide oral 7 dias, broncodilatadores e solicitar radiografia do tórax e espirometria com prova broncodilatadora.
- C) Tratar a exacerbação com antibiótico, corticoide oral 7 dias, broncodilatadores e encaminhar ao Pneumologista, para que realize exames.
- D) Tratar a exacerbação com antibiótico, corticoide oral 7 dias e broncodilatadores, realizar aconselhamento breve para cessação ao tabagismo, solicitar radiografia de tórax e espirometria com prova broncodilatadora.

• Questão 28 •

Maria, 23 anos, estudante, vem à Unidade Básica de Saúde com queixa de tosse há 4 dias, expectoração amarelada, dor torácica ventilatória dependente no hemitórax direito e febre. Refere rinite alérgica sazonal e nega ter usado antibióticos nos últimos 2 anos. Apresenta-se consciente, orientada e eupneica, com frequência respiratória de 16 respirações por minuto e cardíaca de 82 bpm, temperatura corporal de 39°C e PA igual a 110/70 mmHg. No radiograma do tórax apresentava consolidação segmentar no terço superior direito, hemograma com leucocitose e desvio à esquerda. A uréia não foi avaliada. Baseado no Escore CRB 65, qual seria o tratamento mais adequado para tratar a pneumonia dessa paciente?

- A) Internação e tratamento com quinolona de segunda geração, durante 7 a 10 dias.
- B) Tratamento ambulatorial com macrolídeo via oral, durante 7 dias.
- C) Internação e uso de beta-lactâmico IV, associado a macrolídeo.
- D) Internação e tratamento com beta-lactâmico por via oral, durante 7 dias.

• Questão 29 •

Carla, 24 anos, asmática, chega ao Pronto Socorro com crise de chiado e intensa falta de ar. Embora ela tenha prescrição médica para usar Budesonida inalatória 400 mcg de 12/12 horas, parou de usar a medicação por conta própria há cerca de 2 meses. Nunca foi internada e sua última crise respiratória foi há 1 ano. Há 7 dias iniciou secreção nasal e retrorinal amarelada e febre que persistem até hoje. Ao exame, estava consciente, orientada e com fala normal, T 38°C, FR 28rpm, FC 92 bpm, PA 120x80 mmHg. Na retro faringe, observava-se secreção amarelada. Apresentava tiragem intercostal e sibilos difusos. As bulhas cardíacas eram rítmicas e sem sopros. Os membros inferiores estavam sem edema, indolores e sem hiperemia da pele. A SpO2 estava em 96%, em ar ambiente e o Peak Flow 59% do valor previsto. A radiografia do Torax (PA e perfil) estava normal e o hemograma também estava normal. Entre as alternativas abaixo, qual demonstra a conduta inicial CORRETA para tratamento dessa paciente?

- A) Nebulização ou Aerossol com SF 0,9% 3,0 ml + Fenoterol 10 gotas ou Salbutamol spray 100 mcg 2 a 3 jatos inalados com espaçador valvulado, podendo repetir 3 inalações iguais com intervalo de 20 minutos e reavaliaria a paciente em 1 hora.
- B) Terbutalina ou adrenalina subcutânea.
- C) Nebulização ou Aerossol com SF 0,9% 3,0 ml + Berotec 5 gotas ou Salbutamol spray 100mcg com espaçador valvulado 1 jato, podendo repetir 3 inalações com intervalo de 20 minutos e reavaliaria a paciente em 1 hora.
- D) Aminofilina IV 1 ampola diluída em 100 ml de SF 0,9%, seguida de inalação com SF 0,9% 10 ml + Fenoterol 5 gotas e reavaliaria a paciente em uma hora.

• Questão 30 •

Mulher de 22 anos, estudante de medicina, tabagista, assintomática, cujo pai teve um infarto agudo do miocárdio aos 48 anos, foi submetida a checkup cardiológico, por indicação do clínico, devido a medidas alteradas da pressão arterial, adequadamente aferidas, em duas consultas médicas consecutivas, com os seguintes achados: eletrocardiograma e ecodopplercardiograma normais, triglicérides de 160 mg/dL (normal < 150), função renal normal e glicemia de jejum 88 mg/dL (normal < 100). A pressão arterial estava 140x100 mmHg, sem outras anormalidades ao exame físico. Qual o diagnóstico e a estratificação de risco para o caso em questão, segundo as recomendações da 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial?

- A) Hipertensão arterial estágio 1, com dois fatores de risco: risco moderado (entre 5 e 10 % nas mulheres e entre 5 e 20% nos homens, risco dos principais eventos cardiovasculares ocorrerem em 10 anos: doença arterial coronariana, AVC, doença arterial obstrutiva periférica ou insuficiência cardíaca).
- B) Hipertensão arterial estágio 2, com três fatores de risco: risco alto (> 10% nas mulheres e > 20% nos homens).
- C) Hipertensão do avental branco: considerar monitoramento ambulatorial da pressão arterial para melhor definição do quadro e estratificação do risco cardiovascular.
- D) Hipertensão arterial estágio 2, com dois fatores de risco: (<5% de risco dos principais eventos cardiovasculares ocorrerem em 10 anos - doença arterial coronariana, AVC, doença arterial obstrutiva periférica ou insuficiência cardíaca).

• Questão 31 •

Cristina, 18 anos, portadora de Anemia Falciforme, foi internada com síndrome torácica aguda (STA). Recebeu hidratação intravenosa, analgesia, anticoagulação e antibioticoterapia ampliada. Seus exames laboratoriais iniciais mostravam: Hemoglobina= 6,1 g/dL, Hematócrito= 19,2%, LDH= 743U/L, Bilirrubina Total= 5,9 mg/dL e indireta= 3,7mg/dL. Recebeu uma unidade de concentrado de hemácias fenotipicamente compatíveis, sem complicações durante o procedimento. Os exames laboratoriais na alta mostraram níveis de Hb de 9,3 g/dL, Ht de 30,8%, LDH de 643U/L e bilirrubina total de 4,3 mg/dL. Dois dias após a alta (sete dias após a transfusão de hemácias) foi internada novamente com icterícia, hemoglobinúria, crise de dor, parestesia dos pés, letargia, dispnéia e estertores pulmonares no terço inferior dos dois pulmões. Os exames laboratoriais neste dia mostraram: Hb= 4,7 g/dL; Ht= 14,7%; Leucócitos= 37.800/mm³ com neutrofilia; LDH= 3948U/L; Bilirrubinas totais=13,6 mg/dL; bilirrubinas indiretas= 9,5 mg/dL e creatinina 2,2mg/dL. Na eletroforese de Hemoglobina, seu nível de Hb A foi de 4% e Hb S de 86%. Não foram detectados anticorpos anti-eritrocitários ou aloanticorpos. Assinale a alternativa mais provável, em relação à situação atual de Cristina:

- A) Com o antecedente de STA, sem aloanticorpos detectáveis ou autoanticorpos, a crise hemolítica atual deve ser tratada com regime de hipertransfusão, anticoagulação e antibioticoterapia.
- B) Este novo episódio de crise vaso-oclusiva não tem relação com a internação anterior e deveria ser tratado com hidratação, antibioticoterapia e analgesia.
- C) Uma vez excluída infecção e outras complicações da anemia falciforme, deve se considerar a hipótese de reação transfusional hemolítica tardia e hiper-hemólise (DHTR/HS) e deve ser iniciada metilprednisolona intravenosa (1 g/dia), eritropoietina e ácido fólico.
- D) A Reação transfusional hemolítica tardia e hiper-hemólise (DHTR/HS) não deve ser a causa provável desta crise hemolítica, por ser uma ocorrência extremamente rara e acometer pacientes no dia seguinte à sua primeira transfusão.

• Questão 32 •

Carolina, 69 anos, raça negra, vinha em tratamento com prednisona e metotrexato para artrite reumatóide há dez anos e, com frequência, as doses de methotrexate tinham que ser revistas, porque apresentava leucopenia recorrente, isolada, sem comprometimento das outras séries. No entanto, em uma consulta de rotina no ambulatório de Reumatologia, foi observada anemia normocítica com níveis de hemoglobina 7,2 g/dL e hematócrito 22,6%. Encaminhada à Hematologia, a investigação mostrou ferro sérico= 78mg/dl, Saturação da transferrina= 58%, ferritina= 732 mg/dL, Coombs direto positivo, bilirrubina total e indireta elevadas. Na eletroforese de proteínas, apresentava proteína total= 11,8g/dL; albumina= 3,94g/dL com relação albumina/globulina igual a 0,50, sendo gamaglobulina= 6,25g/dL e presença de componente monoclonal. Com a hipótese diagnóstica de Hipergamaglobulinemia e Anemia Hemolítica Autoimune (AHAI) foi realizada uma punção de medula óssea que identificou 25% de plasmócitos. Qual é a melhor interpretação dos dados deste caso clínico?

- A) AHAI é, frequentemente, associada a distúrbios linfoproliferativos das células B e pode ser observada em pacientes com leucemia linfocítica crônica (LLC), bem como em outras patologias como o linfoma não-Hodgkin, macroglobulinemia de Waldenstrom, mas sua conexão com o Mieloma Múltiplo ainda não foi bem elucidada.
- B) Neutropenia recorrente não está associada com mieloma múltiplo. A principal causa seria o uso de droga imunossupressora (methotrexate) e o componente racial.
- C) Esta paciente apresenta três condições clínicas distintas – Artrite reumatoide, AHAI e Mieloma Múltiplo, sem relação entre elas.
- D) O diagnóstico correto seria artrite reumatoide, anemia de doença crônica e hipergamaglobulinemia.

• Questão 33 •

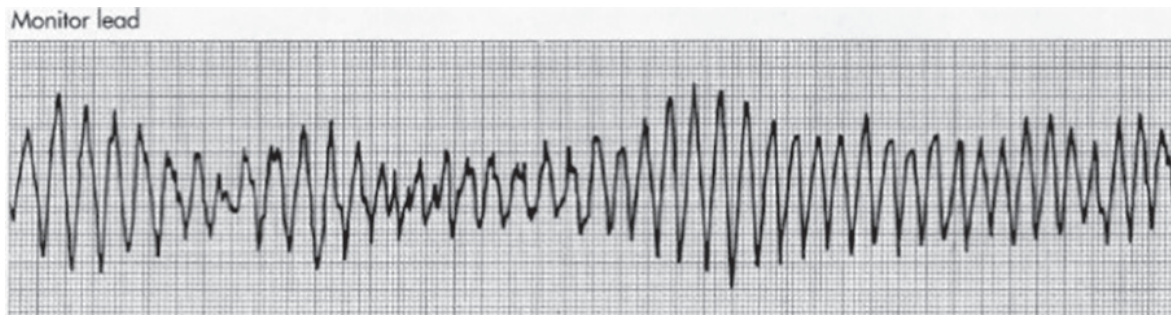
O diagnóstico eletrocardiográfico e a melhor conduta a ser tomada seriam:



- A) Bradicardia sinusal; adrenalina 1mg IV em bolus.
- B) Bloqueio atrioventricular de segundo grau tipo I; chamar especialista.
- C) Bloqueio atrioventricular total; marcapasso transcutâneo.
- D) Bloqueio atrioventricular total; Dobutamina IV.

• Questão 34 •

Qual seria o diagnóstico e a melhor conduta para um paciente sem pulsos palpáveis e com a imagem, abaixo, no monitor:



- A) Taquicardia supraventricular e cardio versão elétrica sincronizada com 100 Joules.
- B) Taquicardia ventricular sem pulso e adrenalina 1mg IV em bolus.
- C) Taquicardia ventricular polimórfica e cardioversão elétrica com choque sincronizado de 200 Joules.
- D) Taquicardia ventricular polimórfica e desfibrilação com 200 Joules.

• Questão 35 •

Assinale a alternativa CORRETA:

- A) Os medicamentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde para utilização no tratamento da hanseníase são: dapsona, isoniazida e rifampicina, ao que se denomina PQT – Poliquimioterapia.
- B) Na leishmaniose visceral, o teste intradérmico de Montenegro é sempre positivo na fase ativa da doença.
- C) O Xpert MTB/RIF é um teste rápido molecular automatizado, baseado na reação de cadeia de polimerase, que detecta em 2 horas, DNA de *Mycobacterium tuberculosis*, mas não a resistência à rifampicina.
- D) O diagnóstico de esquistossomose é feito, inicialmente, pela pesquisa direta de ovos nas fezes, pelo método de Kato-Katz, e o tratamento de escolha é a administração de praziquantel para todas as formas clínicas.

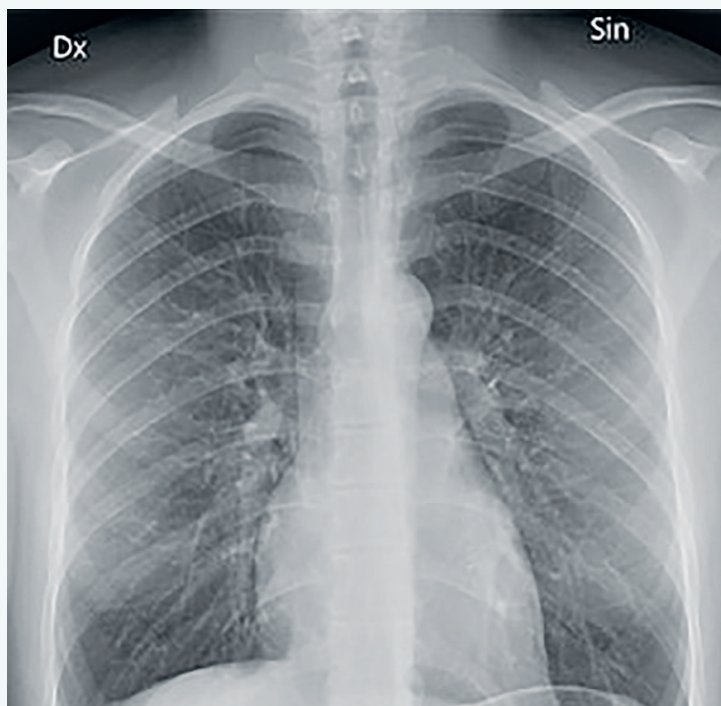


Questão Dissertativa

Você deverá respondê-la no caderno de questões, utilizando as linhas disponíveis. Fique atento ao local destinado.

Caso Clínico:

João Paulo, 28 anos, veio encaminhado da Unidade Pré Hospitalar (UPH), com urgência, com história de febre, astenia, mialgias, vômitos e diarreia aquosa com três dias de evolução. Ao exame físico estava colaborativo, anictérico, febril (38,6°C), taquicárdico, normotenso e com hemorragia conjuntival à esquerda. O paciente apresentava hiperventilação com padrão respiratório de Kussmaul e, à ausculta respiratória, apresentava sons claros pulmonares. No exame abdominal, hepatomegalia (4 cm abaixo do RCD) e esplenomegalia acentuada (10cm abaixo do RCE). Seus exames laboratoriais iniciais na UPH (realizados no dia anterior) mostravam anemia normocítica com hemoglobina=10g/dl, leucócitos=475.000/mm³ com desvio à esquerda escalonado até mieloblastos e plaquetas=780.000/mm³, creatinina 1mg/dl. Avaliado pela hematologia na Unidade de Emergência, foram solicitados exames bioquímicos, culturas, Rx tórax, ECG e feito o aspirado de medula óssea para análise morfológica, citogenética e pesquisa de mutação bcr/abl. Com a hipótese diagnóstica de Leucemia Mieloide Crônica, foi introduzida hidratação, antibioticoterapia de amplo espectro, 300 mg/dia de alopurinol, e hidroxiuréia, 6g/dia. Cerca de 24 horas após sua admissão na Unidade de Emergência, foi solicitada vaga na Unidade de Terapia Intensiva, porque apresentava os seguintes parâmetros laboratoriais: Creatinina=2,1mg/dl; Calcio sérico=8,7mg/dL; Potássio=7,0mEq/L; Ácido úrico=21mg/dL e LDH sérica=7234 U/L. Não apresentava alterações eletrocardiográficas. Rx de tórax – ver imagem.



A) Qual o diagnóstico dessa complicação clínica?

nota

B) Nessa complicação, como se explica, do ponto de vista fisiopatológico, a hiperpotassemia, a hiperfosfatemia, a hipocalcemia e o aumento do ácido úrico sanguíneo?

nota

C) Como se explicam as alterações respiratórias do paciente?

nota

D) Qual é a explicação da Insuficiência Renal Aguda desenvolvida pelo paciente?

nota

E) Quais são os princípios do tratamento agudo para a correção das alterações do paciente?

nota

O conteúdo desta prova é de propriedade da Fundação São Paulo. É expressamente proibida a sua reprodução, utilização em outros concursos, bem como o uso em sala de aula ou qualquer outro tipo, na totalidade ou em parte, sem a prévia autorização por escrito, estando o infrator sujeito à responsabilidade civil e penal.



PUC-SP



Hospital
Santa Catarina

Associação Congregação de
Santa Catarina



FUNDAÇÃO SÃO PAULO

Nucvest
vestibulares e concursos