

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde
Sorocaba/SP



PUC-SP

RESIDÊNCIA MÉDICA 2017 ESPECIALIDADES COM PRÉ-REQUISITO EM CLÍNICA MÉDICA

Nome

RG

CPF

Data: 15/01/2017

INSTRUÇÕES

- Escreva o seu nome e os números de seu RG e de seu CPF no campo indicado.
- A duração da prova é de 2 horas, devendo o candidato permanecer na sala por, no mínimo, 1 hora.
- A prova contém 35 questões objetivas, cada uma com 4 alternativas, das quais apenas uma é correta.
- Assinale na folha ótica de respostas a alternativa que julgar correta, preenchendo com caneta esferográfica (azul ou preta), de forma firme e forte, dentro do espaço. Evite amassar ou rasurar.
- Durante a realização da prova não serão permitidas consultas de nenhuma espécie a livros, revistas ou folhetos, nem uso de máquinas calculadoras.
- Não serão computadas as questões que estejam assinaladas na folha ótica nas seguintes condições:
 - contenham mais de uma resposta;
 - com emenda ou rasura, ainda que legível;
 - não estejam assinaladas com traço forte e dentro do espaço designado, ou estejam em branco.
- Não será permitida a entrada do candidato à prova, portando telefone celular, bip ou similares.
- Será excluído da seleção o candidato que lançar mão de meios ilícitos para a execução da prova.
- Ao término da prova o candidato deverá devolver ao fiscal o caderno de questões e a folha ótica.
- A Tabela de Referência de Exames Laboratoriais encontra-se na página 15.



CLÍNICA MÉDICA

1. Correlacione a doença de base com os achados correspondentes:

1. Granulomatose de Wegener
2. Arterite de células gigantes
3. Poliarterite nodosa
4. Arterite de Takayasu

a. Afeta predominantemente arco aórtico em mulheres jovens asiáticas.

b. Associada à positividade sorológica a hepatite B.

c. Associada a anticorpo anti-citoplasma de neutrófilo.

d. Ocorre predominante em indivíduos > de 50 anos com elevação do VHS.

(A) 1.d; 2.c; 3.a; 4.b

(B) 1.c; 2.d; 3.a; 4.b

(C) 1.d; 2.c; 3.c; 4.a

(D) 1.c; 2.d; 3.b; 4.a

2. Um homem de 30 anos, tabagista de 30 maços/ano, que habitualmente ingere 8 a 19 xícaras de café por dia, queixa-se de dor e mudança de coloração das mãos com o frio. Apresenta FAN positivo, padrão pontilhado fino e anticorpo anti-ribonucleoproteína positivo. O diagnóstico mais provável é

(A) Tromboangeíte obliterante.

(B) Esclerose sistêmica.

(C) Doença mista do tecido conectivo.

(D) Lúpus eritematoso sistêmico.

3. Uma mulher de 38 anos, com história de anemia crônica e vários tratamentos sem sucesso, apresenta adinamia, cansaço, sonolência e redução do ritmo intestinal. O exame físico é normal, salvo pela presença de nódulo tireoideano palpável e edema leve pré-tibial. Exames relevantes: Hb=10,9 mg/dL, Ht=32%, TSH= 40 mUI/mL e T4 livre=0,72 ng/dL; US com nódulo hipoecóico, irregular com microcalcificações de 2,5 cm de diâmetro e alteração da ecogeneidade difusa da glândula. Ausência de gânglios patológicos. A conduta mais adequada é

(A) iniciar imediatamente o tratamento com levotiroxina e programar biópsia aspirativa do nódulo de tireoide.

(B) somente iniciar tratamento com 1-2 mcg/kg de levotiroxina.

(C) iniciar reposição com iodo, corrigindo sua deficiência e deixar o nódulo para investigação posterior.

(D) iniciar metimazol 20mg uma vez ao dia, para, posteriormente, encaminhar para radioiodoterapia.



4. Um homem de 56 anos com IMC=29 kg/m² iniciou tratamento para diabetes tipo 2 há 1 ano com glibenclamida 10 mg e metformina 1g, uma vez ao dia. Atualmente seu IMC é de 30kg/m² e a hemoglobina glicada é de 10%, com aumento do apetite e poliúria. A conduta mais adequada nesse caso é

- (A) dieta com 1200Kcal/dia, exercícios físicos, suspender glibenclamida e iniciar insulina N (0,75U/ kg/dia).
- (B) dieta com 1600Kcal/dia, iniciar uso de insulina N, manter o restante.
- (C) dieta com 1200Kcal/dia, exercícios físicos e aumentar glibenclamida para 20mg/dia.
- (D) dieta com 1600Kcal/dia, aumentar metformina para 2g/dia e reduzir glibenclamida para 5mg/dia.

5. Uma mulher de 26 anos, sem comorbidades, procura o Pronto-Socorro com história de febre com calafrios, cefaleia retroorbitária intensa e dor no corpo generalizada há 5 dias, com discreta melhora há 1 dia, mas com surgimento de sangramento gengival. Há 3 dias tem apresentado também diarreia. O exame mostra T=38°C, pulso=104 bat/min, PPA=102x78 mmHg, sem outras alterações salvo pela presença de petéquias em membros e gengivorragia leve no momento, com fígado liso, sensível palpado a 3 cm do RCD. O diagnóstico mais provável é

- (A) Chikungunya forma complicada com hemorragia.
- (B) Leptospirose forma anictérica com hemorragia.

- (C) Dengue com sinais de alarme.
- (D) Febre Maculosa Brasileira com hemorragia por coagulação intravascular disseminada.

6. Um homem de 54 anos, com 2 filhos de 26 e 28 anos de idade, revela, durante uma consulta de rotina, que seu pai faleceu aos 70 anos, 2 anos após o diagnóstico de câncer de cólon, devido à doença. Seu irmão foi diagnosticado aos 56 anos com o mesmo tipo de câncer.

- Você, como médico do paciente,
- (A) indica colonoscopia para ele agora, e para os filhos, a partir dos 40 anos de idade.
 - (B) indica colonoscopia para todos eles imediatamente.
 - (C) acalma o paciente e esclarece que aguarde um sintoma ou sinal para colonoscopia dos filhos.
 - (D) indica acompanhamento de todos com pesquisa de sangue oculto nas fezes.

7. Uma mulher de 32 anos realiza ultrassonografia de rotina que revela cisto ovariano de 6 cm de diâmetro. A dosagem de CA125 é de 58 U/mL (normal até 25 U/mL). A melhor conduta nesse caso será

- (A) acalmar a paciente afirmando que se trata de endometriose.
- (B) repetir o CA.125 e a ultrassonografia após 15 ou 30 dias, após o período menstrual.
- (C) procurar insistentemente outras causas de elevação de CA.125, como a doença inflamatória pélvica e hepatopatia crônica.
- (D) indicar laparoscopia para diagnóstico.



8. Homem de 38 anos com história de pneumonias de repetição nos últimos 2 anos e há um ano aparecimento de adenomegalias cervicais, axilares e inguinais. Hemograma normal há 3 anos e atualmente com os seguintes resultados: Hemoglobina=9,7g/dl, Leucócitos: 84.000/mm³ às custas de linfócitos maduros e Plaquetas = 68.000/mm³. Imunofenotipagem das células do sangue com presença de células B monoclonais com CD5 positivo. Beta 2 microglobulina elevada. Pico monoclonal em gamaglobulinas em eletroforese de proteínas séricas. Com os dados acima, qual é a alternativa correta?

(A) Leucemia Linfoblástica Aguda, de alto risco.
(B) Linfoma não Hodgkin difuso de grandes células B, estágio IIIB.
(C) Leucemia Linfocítica Crônica, estágio CD de Binet.
(D) Mieloma Múltiplo, International Staging System-ISS III.

9. Uma mulher de 80 anos, hipertensa e diabética de longa data é encaminhada a um serviço de diálise para iniciar tratamento. Ela pesa 55 kg, mede 1,50m e traz taxa de filtração glomerular de 11,8 ml/min, calculado pela fórmula de Cockcroft-Gault. Exames adicionais mostram rins contraídos no ultrassom e creatinina-3,3 mg/dL. Em relação à estimativa da TFG, pode-se afirmar que

(A) o cálculo derivado de outras fórmulas como MDRD e CKD-Epi seria mais preciso.
(B) o cálculo pela fórmula de Cockcroft-Gault é o indicado para esta paciente.

(C) independentemente da fórmula utilizada, o estadiamento da DRC será o mesmo.
(D) a creatinina sérica isolada é o melhor marcador de filtração glomerular para esta faixa etária.

10. Um homem de 39 anos, assintomático, procura atendimento médico porque tem realizado medidas de pressão arterial em casa que estão sempre elevadas, mas os valores não se confirmam quando vai a um médico. Três medidas realizadas no consultório, em dias separados, foram menores que 140x90 mmHg. De acordo com as recomendações das diretrizes de MAPA e MRPA, o diagnóstico e a conduta são, respectivamente,

(A) hipertensão episódica, solicitar MRPA e, se alterada, solicitar MAPA.
(B) normotensão, acompanhamento semestral da PA e prescrever ansiolítico.
(C) hipertensão arterial limítrofe, solicitar MRPA.
(D) hipertensão mascarada, solicitar MAPA.

11. Uma jovem de 24 anos é atendida no Pronto-Socorro com vômitos repetidos, sem febre ou diarreia. Está desidratada, com fraqueza muscular e câimbras. Exames mostram K=2,3 mEq/L, Na=138 mEq/L, pH=7,48 e Bic=35 mEq/L. A hipocalcemia é secundária à

(A) redistribuição do potássio para o intracelular devido à alcalose metabólica.
(B) perda renal de potássio, devido à alcalose e ao hiperaldosteronismo.
(C) perda de potássio pelos vômitos.
(D) ausência de ingestão de potássio, devido a vômitos repetidos.



- 12.** Um homem de 20 anos é internado com edema de membros inferiores e PA=168x106 mmHg. Não tem história de hipertensão. Exames mostram creatinina=1,6 mg/dL, urina com 10000 leucócitos/mL, hemácias = 32000/mL, com dismorfismo eritrocitário e proteínas 3+; C3 e C4 normais. O diagnóstico mais provável é
- (A) síndrome nefrótica por vasculite pauci-imune.
 - (B) síndrome nefrótica por glomerulonefrite membranoproliferativa.
 - (C) síndrome nefrítica por nefropatia por IgA.
 - (D) síndrome nefrítica por glomerulonefrite pós-infecciosa.
- 13.** Uma mulher de 30 anos traz hemograma com Hb=9,8 g/dL, Ht= 30%, sem outras alterações, plaquetas normais. Refere ter tomado sulfato ferroso há 2 anos para tratamento de anemia, sem sucesso. Nega sangramento digestivo e refere ciclos menstruais com espaniomenorragia e menorragia. O exame ginecológico é normal. O próximo passo deve ser
- (A) dosagem de TSH, T4 livre.
 - (B) US pélvico, dosagem de FSH, Estradiol, Prolactina, creatinina e clearance.
 - (C) US transvaginal, dosagem de FSH, LH, Estradiol, Progesterona e Prolactina.
 - (D) dosagem de ácido fólico, vit. B12, ferritina, transferrina e US transvaginal.
- 14.** Um homem de 66 anos queixa-se de tremores na mão esquerda que ocorrem em repouso e pioram com a marcha, mas não impedem suas atividades habituais e

- desaparecem durante o sono. Ao exame tem lentificação na diadococinesia, principalmente à esquerda. O tônus é aumentado de modo constante durante todo o movimento articular passivo dos cotovelos. Nos seus antecedentes mórbidos consta doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) há três anos. A estrutura afetada do sistema nervoso central, o diagnóstico provável e a terapêutica indicada são, respectivamente,
- (A) Córtex cerebral, demência fronto-temporal e betanecol.
 - (B) Cerebelo, astrocitoma pilocítico e metoclopramida.
 - (C) Núcleos da base, doença de Parkinson e domperidona.
 - (D) Nervos periféricos, Schwannoma e bromoprida.
- 15.** Paciente de 30 anos, sexo feminino, nos últimos seis meses, vem apresentando episódios de disestesias em face, e alteração de sensibilidade em membro superior direito intervalados, aproximadamente um mês entre eles. Realizou ressonância magnética de encéfalo demonstrando na sequência FLAIR múltiplos focos de hipersinal na substância branca periventricular e subcortical, alguns deles tem impregnação pelo gadolínio e em região pontinha na emergência do V nervo craniano, junto ao seu núcleo. A hipótese mais provável seria:
- (A) Neurocisticercose.
 - (B) Vasculite por lúpus eritematoso sistêmico.
 - (C) Vasculite por sarcoidose.
 - (D) Esclerose múltipla.



16. Júlio César, 28 anos, médico, é levado à força por familiares a uma emergência psiquiátrica. Encontrava-se há duas semanas sem entrar em contato com seus familiares, em casa, faltando às atividades da Residência Médica. Seu irmão o encontrou deitado em sua cama, em más condições de higiene, hipohidratado, recusando-se a comer. Segundo ele, Júlio César não respondia ao que ele perguntava, repetindo apenas, de forma repetitiva, “estou falido, arruinado, só me resta morrer”. O quadro se iniciou alguns dias após término de noivado de 4 anos por iniciativa da noiva. Irmão informa que o paciente sempre foi uma pessoa animada e positiva, com “personalidade carismática”, até mesmo “um pouco agitado e inquieto, indiscreto e pródigo” durante alguns períodos de sua vida. Até iniciar o namoro citado, tendia a ter sempre várias namoradas e a sair muito à noite, chegando de madrugada com frequência. Durante a entrevista recusa-se a responder à maioria das perguntas e, quando o faz, utiliza monossílabos e em tom baixo, dificultando a compreensão do seu discurso. Não há história de uso de drogas ilícitas, mas faz uso regular de bebidas alcoólicas e energéticos quando sai. Sem história de doença clínica prévia. Relato de tratamento psiquiátrico prévio no fim da adolescência, quando teve quadro semelhante, mas de menor gravidade: “ficou muito triste, sem comer, depois de não conseguir ser aprovado pelo segundo ano consecutivo no vestibular para medicina”. Tratou com psicoterapia e medicação cujo nome não soube informar e manteve-se assintomático até o

presente momento. Qual a hipótese diagnóstica para o caso e as medicações indicadas?

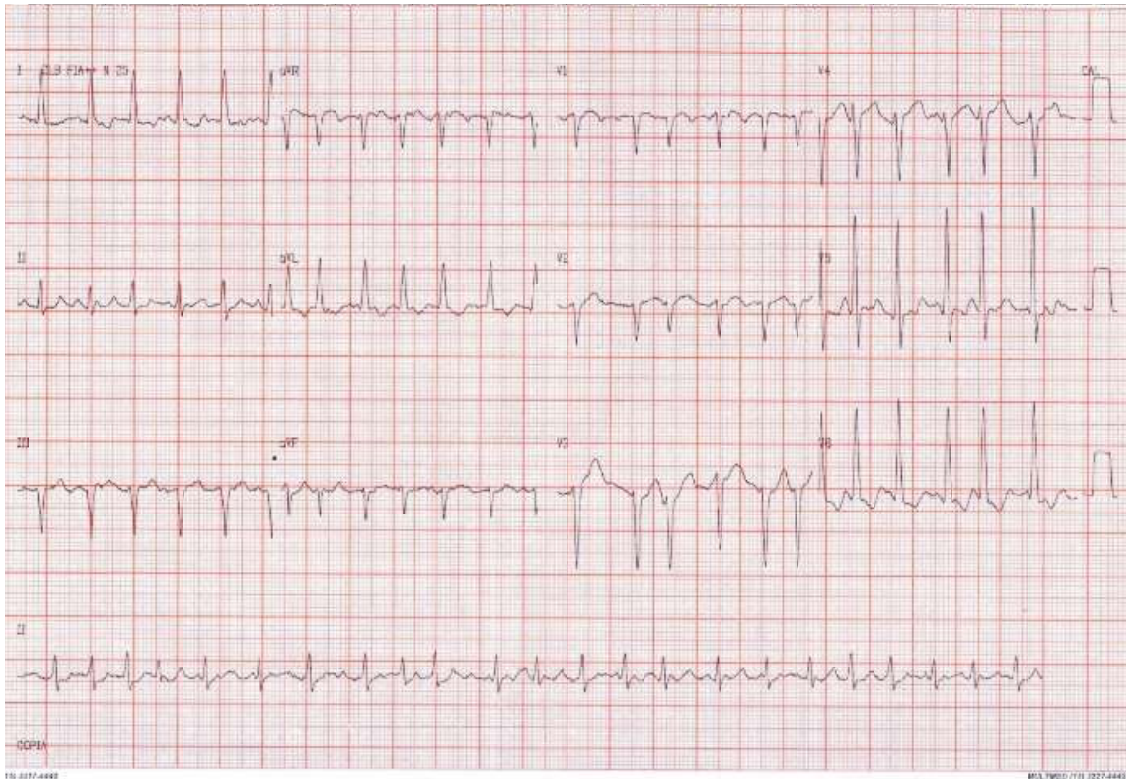
- (A) Psicose Reativa Breve. Clordiazepóxido e Tiamina.
- (B) Transtorno Bipolar do tipo II, em depressão. Carbolitium e Citalopram.
- (C) Depressão recorrente. Clorpromazina e Prometazina.
- (D) Psicose por Drogas. Haloperidol e Bromazepam.

17. Paciente de 70 anos, morador em casa de repouso apresenta quadro de diarreia há uma semana e hoje com aumento da sonolência. Ao exame encontra-se descorado, desidratado, sonolento e sem sinais focais em exame neurológico. Colhida gasometria que evidenciou: pH=7,23, pO₂=85mmHg, pCO₂=32mmHg, HCO₃⁻=12mEq/L, BE-12, Sat.O₂=93%. Qual distúrbio é melhor apresentado por essa gasometria:

- (A) Acidose metabólica e respiratória.
- (B) Alcalose metabólica e respiratória.
- (C) Acidose metabólica não compensada.
- (D) Alcalose metabólica compensada.



18. Luiz Carlos, 48 anos, em tratamento recente de hipertensão, dislipidemia e intolerância à glicose é atendido no Pronto-Socorro com queixa de desconforto retroesternal, mal-estar e palpitações de início súbito há 1 hora. Apresenta o ECG abaixo



O diagnóstico e a conduta mais adequada são, respectivamente,

- (A) fibrilação ventricular; cardioversão elétrica (200 J).
- (B) fibrilação atrial aguda; cardioversão química com amiodarona.
- (C) infarto agudo do miocárdio de parede inferior; angioplastia primária.
- (D) infarto agudo do miocárdio de parede anterior extensa; ácido acetilsalicílico VO e fibrinólise.

19. Uma mulher de 78 anos é admitida no Pronto-Socorro com queixa de dor precordial intensa e dispneia há 2 horas e há 10 minutos teve episódio de síncope. Apresenta pulso= 36 bat/min, PA= 80x44 mmHg. O ECG mostra supradesnivelamento do segmento ST em parede inferior e BAV total. O hospital não dispõe de serviço de hemodinâmica. A conduta imediata deve ser

- (A) não fazer trombolítico, pois o paciente tem mais que 75 anos e somente implantar o marca-passo temporário.
- (B) fazer primeiro trombolítico e em seguida implante de marca-passo temporário.
- (C) realizar primeiro implante de marca-passo temporário e, a seguir, trombolítico.
- (D) fazer atropina, depois trombolítico e, se necessário, marca-passo temporário.



20. Um homem de 28 anos, previamente hígido, procura atendimento médico por apresentar tonturas, cansaço e dispneia a pequenos esforços, de forma progressiva, há 3 semanas.

Está descorado e ictérico. Eritrócitos $1000000/\text{mm}^3$, Hb=3,5 g/dL, Ht=11%, VCM=110 fL, HCM= 35 pg, reticulócitos= 15%, leucócitos= $9500/\text{mm}^3$ e plaquetas= 170 mil/ mm^3 . O diagnóstico mais provável, teste confirmatório e tratamento são:

- (A) anemia hemolítica autoimune e teste de Coombs Direto e prednisona.
- (B) anemia megaloblástica, dosagem de vitamina B12 e cianocobalamina.
- (C) anemia hemolítica autoimune e teste de Coombs Indireto e prednisona.
- (D) anemia megaloblástica e dosagem de ácido metil-malônico e homocisteína e ácido fólico.

21. Uma mulher de 38 anos, portadora de mioma uterino, tem apresentado perda menstrual aumentada nos últimos 6 meses. Está com taxa de hemoglobina=8,5 g/dL.

Espera-se encontrar também exames laboratoriais com

- (A) ferro sérico baixo, saturação baixa e ferritina normal e VCM=87fL.
- (B) ferro sérico baixo, capacidade total de ligação do ferro elevada e VCM=70fL.
- (C) eritropoetina baixa, capacidade total de ligação do ferro baixa e VCM=68fL.
- (D) ferro sérico baixo, eritropoetina baixa e VCM=72fL.

22. O atestado de óbito deve ser preenchido de acordo com os seguintes critérios:

(A) ordem de prioridade: a primeira linha é a doença mais importante que levou diretamente à morte; nas linhas seguintes, as causas de importância secundária e, na última linha, a causa de menor importância.

(B) na primeira linha, a causa básica da morte e, nas linhas subsequentes, as causas intermediárias. As causas associadas ficam em separado.

(C) ordem de importância: na primeira linha, a causa básica da morte, ou seja, parada cardiorrespiratória e, depois, as causas de maior para as de menor importância. As causas associadas ficam em separado e só podem ser colocadas se contribuíram para a causa básica.

(D) na primeira linha, a causa imediata da morte; nas linhas subsequentes as causas intermediárias e, na última, a causa básica da morte.

23. O médico plantonista de um hospital é chamado para atender um homem de 74 anos, internado com câncer terminal, que apresenta insuficiência respiratória aguda. Segundo o Código de Ética Médica, “nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados”. Portanto o médico **NÃO** deve realizar

- (A) eutanásia passiva.
- (B) eutanásia ativa.
- (C) distanásia.
- (D) ortotanásia.



24. Anastácia, 34 anos, internada no setor de doenças infecciosas devido febre e dor de cabeça há uma semana. Nega contato com doenças infecciosas ou uso de medicações. No exame físico apresenta temperatura de 39,3°C, pulso 104 bat/m, frequência respiratória de 24 insp/m e pressão arterial de 135/88 mmHg. Está confusa reconhecendo apenas os familiares. Conjuntivas ictéricas; presença de petéquias no tronco e membros. Ausência de linfonodos. Restante do exame sem outras anormalidades. Teste rápido para pesquisa de sangue oculto nas fezes positivo. Hematócrito=32%, leucócitos=12.500/mm³, plaquetas=20.000/mm³, TP=10 segundos, TTPa=30 segundos, Dímero D=250 ng/mL FEU VR<500). Ureia=35 mg/dL, creatinina=3,0 mg/dL, Bilirrubina total=3,0 mg/dL, direta=0,5 mg/dL, Desidrogenase láctica=1.000U/L. Atividade de ADAMTS-13 = 5% (VR≥67%). Tomografia de crânio sem anormalidades. Hemocultura e cultura de urina sem crescimento bacteriano. O diagnóstico mais provável é?

- (A) Síndrome hemolítico urêmica atípica
- (B) Dengue hemorrágica
- (C) Lúpus eritematoso disseminado
- (D) Púrpura trombocitopênica trombótica

25. Um paciente de 68 anos portador de hipertensão arterial e insuficiência cardíaca está sendo tratado com furosemide 40mg 2 comprimidos às 8 e às 14 horas, hidroclorotiazida 50mg pela manhã, espironolactona 25mg pela manhã, captopril 50mg 8/8h e carvedilol 12,5mg 12/12h. Seus exames recentes mostram Na= 136 mEq/L, K=2,1 mEq/L, Uréia= 64 mg/dL, Creatinina= 1,4 mg/dL e Gasometria arterial: pH=7,58 pCO₂=51 mmHg pO₂=88 mmHg HCO₃=38 mEq/L BE= +10 SO₂=94%. Qual a alteração ácido-básica e sua(s) causa(s)?

- (A) Alcalose metabólica causada pelo uso excessivo de captopril e carvedilol.
- (B) Alcalose metabólica causada pelo uso excessivo de diuréticos e hipopotassemia.
- (C) Alcalose mista causada pela hiperventilação (insuficiência cardíaca congestiva) e hipopotassemia.
- (D) Alcalose respiratória causada por hiperventilação e uso de espironolactona.



26. As características clínicas do estado de *delirium* são:

(A) distúrbio psiquiátrico mais comum em idosos usuários de medicamentos benodiazepínicos, caracterizado por agitação, insônia, delírios, mas sem comprometimento cognitivo.

(B) agitação psicomotora, mais frequente em jovens, rica em alucinações visuais que comumente acomete alcoolistas e usuários de drogas alucinógenas, particularmente na ausência destas drogas.

(C) início agudo, com curso flutuante, mais comum em idosos hospitalizados, com distúrbios da consciência, motricidade (hipo ou hiperativo) e da percepção (delírios e alucinações).

(D) início insidioso, comum em idosos nas fases avançadas de doenças crônicas como demência e parkinsonismo, com perda do autocontrole (agitação, agressividade e delírios).

27. Paciente feminina previamente hígida, 40 anos de idade, é encaminhada de banco de sangue com resultado de exame sorológico reagente para Hepatite Viral tipo C. A conduta mais adequada é a realização de

(A) exame bioquímico sérico para dosagem das enzimas hepáticas e coagulograma com a finalidade de avaliar doença hepática em atividade.

(B) biópsia hepática para estadiamento da doença e possível indicação de tratamento.

(C) elastografia hepática para estadiamento da doença e possível indicação de tratamento.

(D) teste molecular para a detecção de ácidos nucleicos do HCV (HCV-RNA) para confirmação diagnóstica.

28. Um adolescente do sexo masculino com 14 anos de idade, saudável, procura o pronto-socorro com queixa de febre, cefaleia, vômitos há 12 horas. Auxilia os pais como feirante e nega casos de febre na família. Fez uso de um comprimido de amoxicilina. O exame físico revela: estado geral regular, desidratado (+/4+), corado, febril, deambulando sozinho, consciente, orientado, com fotofobia e sinal de Brudzinski positivo. Não há outras alterações ao exame. Diante do quadro, foi realizada punção lombar com retirada de 2 mL de líquido cefalorraquidiano (LCR) turvo. O exame laboratorial do LCR revelou: 900 células com 80% de neutrófilos ($VR=0-5$ células/ mm^3), proteína = 260 mg/dL ($VR=8-32$ mg/dL) e glicose=20mg/dL($VR=40-70$ mg/dL), (glicemia capilar: 75mg/dL). Considerando os dados apresentados, qual o diagnóstico mais provável?

(A) Meningite viral aguda.

(B) Meningite bacteriana aguda.

(C) Meningite por leucemia linfocítica aguda.

(D) Meningite bacteriana parcialmente tratada.



29. Uma mulher de 40 anos apresenta tosse e febre há 3 dias; tosse seca no início e agora com secreção amarelada. Ao exame, apresenta-se eupneica, T=37,8°C, pulso de 96 bat/min, rítmico, PA=122x78 mmHg, ausculta pulmonar com roncosp e sibilos esparsos bilateralmente, sat O₂=97%. Realizou radiografia de tórax mostrada abaixo



A conduta mais adequada é

- (A) iniciar tratamento domiciliar com clindamicina 500 mg VO 12/12 por 7 dias, antitérmicos e N-acetilcisteína 600mg VO 12/12h.
- (B) interná-la e administrar levofloxacino 500mg/dia VO por 7 dias, antitérmicos e inalação com SF0,9%, N-acetilcisteína 600mg VO 12/12h.
- (C) interná-la e administrar moxifloxacino 400mg/dia VO por 7 dias, antitérmicos, inalação com SF 0,9%, e N-acetilcisteína 600mg VO 12/12h.
- (D) dispensá-la com orientação para usar antitérmicos se necessário e inalação com SF 0,9%.

30. Um homem de 28 anos apresenta uma história de uso regular de álcool. Embora tenha conseguido manter seu emprego como motorista de caminhão, muitas vezes dirige mesmo utilizado a fim de cumprir seus prazos. Foi repreendido diversas ocasiões por não realizar o trabalho de forma adequada, o que tem levado a crescentes conflitos com a esposa. Nega aumento recente da ingestão ou sintoma de abstinência, mas admite não “ficar bêbado com costumava” após consumir a mesma quantidade de álcool. Dentre os fatores em sua história, o mais específico de dependência de álcool é

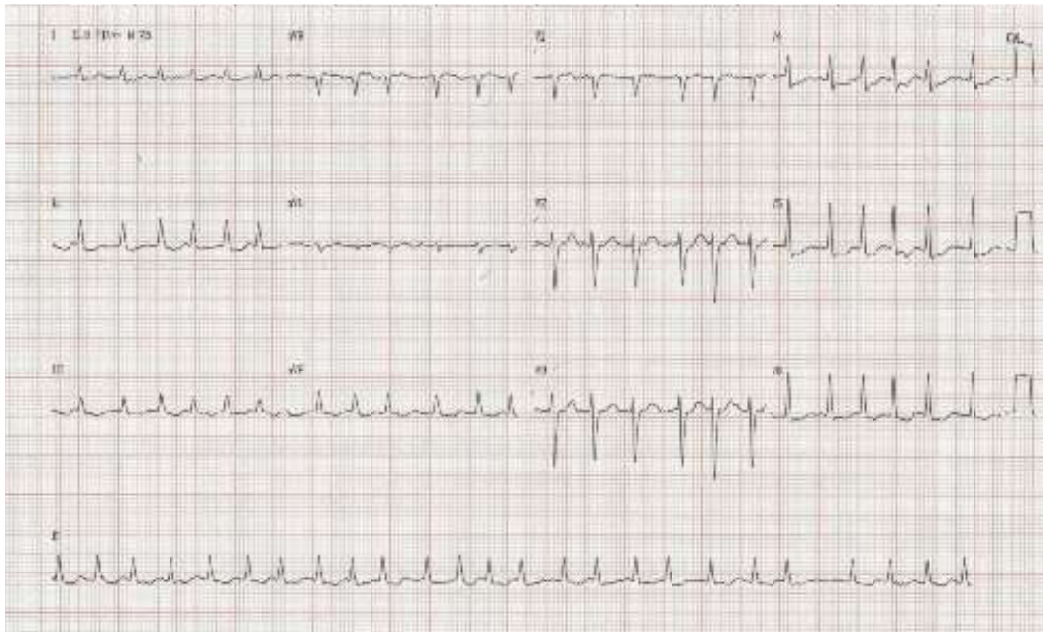
- (A) tolerância ao álcool.
- (B) problemas profissionais.
- (C) dirigir embriagado.
- (D) conflitos conjugais.



31. Mafalda, 60 anos, admitida no pronto-atendimento com diagnóstico de pneumonia. Utiliza hidroclorotiazida há nove meses devido insuficiência cardíaca congestiva. A gasometria de admissão revelou: pH=7,64, pCO₂=32 mmHg, pO₂=75 mmHg, HCO₃=33 mEq/l, K⁺ = 2.1 mEq/l. Assinale a alteração do equilíbrio ácido presente e a terapêutica indicada.

- (A) Alcalose mista e reposição de potássio.
- (B) Alcalose metabólica e infusão de cloreto de sódio.
- (C) acidose metabólica e infusão de bicarbonato de sódio.
- (D) acidose metabólica compensada e reposição de potássio.

32. Uma mulher de 78 anos, portadora de miocardiopatia dilatada controlada com uso diário de furosemida 40 mg, espironolactona 25 mg, enalapril 20 mg e carvedilol 25 mg apresenta agudamente, em repouso, aperto retroesternal e palpitações. Na admissão do Pronto-Socorro estava alerta, orientada, com PA=80x44 mmHg, FC=160 bat/min, estertores pulmonares em bases, com edema pré-tibial discreto. O ECG mostra



A conduta mais adequada é

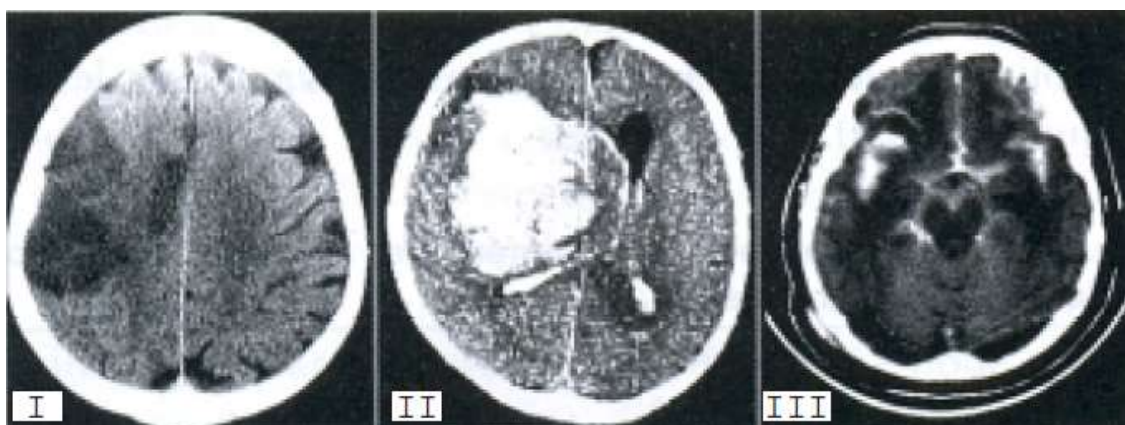
- (A) interná-la em UTI, preferencialmente em hospital com serviço de hemodinâmica onde se faça angioplastia primária com stent. Coletar enzimas cardíacas (troponina, CPK, CK-MB) para início de curva enzimática. Introduzir imediatamente AAS 200 a 500 mg VO.
- (B) interná-la em UTI, fibrinolítico IV, amiodarona 300 mg IV em SF 250mL correr em 20 minutos, avaliar a curva enzimática (troponina, CPK, CK-MB) e, após a recuperação, introduzir metoprolol 50 a 100 mg/dia.
- (C) interná-la em UTI, fazer heparina não fracionada 100 U/Kg de peso, anestesia ou sedação, cardioversão elétrica (120 J se onda bifásica ou 200 J se onda monofásica). Após a recuperação, manutenção com amiodarona 200mg/dia.
- (D) administrar na unidade de pronto atendimento amiodarona 300 mg IV em SF 250mL em 20 minutos e, caso haja recuperação, introduzir warfarina ou inibidor direto do fator Xa e amiodarona 200 mg/dia.



33. Um homem de 22 anos, vem apresentando sintomas respiratórios característicos de asma há cerca de 1 ano. Teve asma na infância com remissão no início da puberdade. Vem fazendo uso de teofilina 200 mg 2 vezes ao dia e salbutamol inalatório de demanda 2 a 4 vezes ao dia. Procurou o Pronto-Socorro com crise mais intensa que não cedeu como habitualmente. Apresenta pulso=120 bat/min, PA=120x70 mmHg, coração rítmico, sem sopros, pulmões com sibilos ins e expiratórios difusos. Foram prescritas 3 inalações com beta2-agonista inalatório, com intervalo de 30 minutos entre elas e oxigênio por máscara facial. Depois da 3ª inalação houve melhora e o pico de fluxo expiratório nesse momento era de 60% do previsto. O médico deve

- (A) manter o paciente no PS e repetir β -2 agonista inalatório a cada 30 minutos até 4 horas, podendo associar ipratrópio na nebulização e prescrever prednisona 40-60mg VO.
- (B) dar alta para o paciente, manter β -2 agonista inalatório a cada 4 h por 2 dias prescrever prednisona 40-60mg VO no PS, o qual deverá ser mantido em casa por 5 dias.
- (C) manter o paciente no PS, repetir inalação β -2 agonista inalatório associado à ipratrópio a cada 30 minutos até 2 horas e fazer metilprednisolona 40-60mg ou hidrocortisona 200mg IV e fazer aminofilina 5 mg/kg em bolus seguido de 0,5mg/kg/min.
- (D) fazer prednisona 40-60mg VO ou equivalente VO, teofilina 200 mg de 12/12 horas e nova inalação com β -2 agonista antes de liberar o paciente para casa pelo risco de precisar voltar ao PS nas próximas 6 horas.

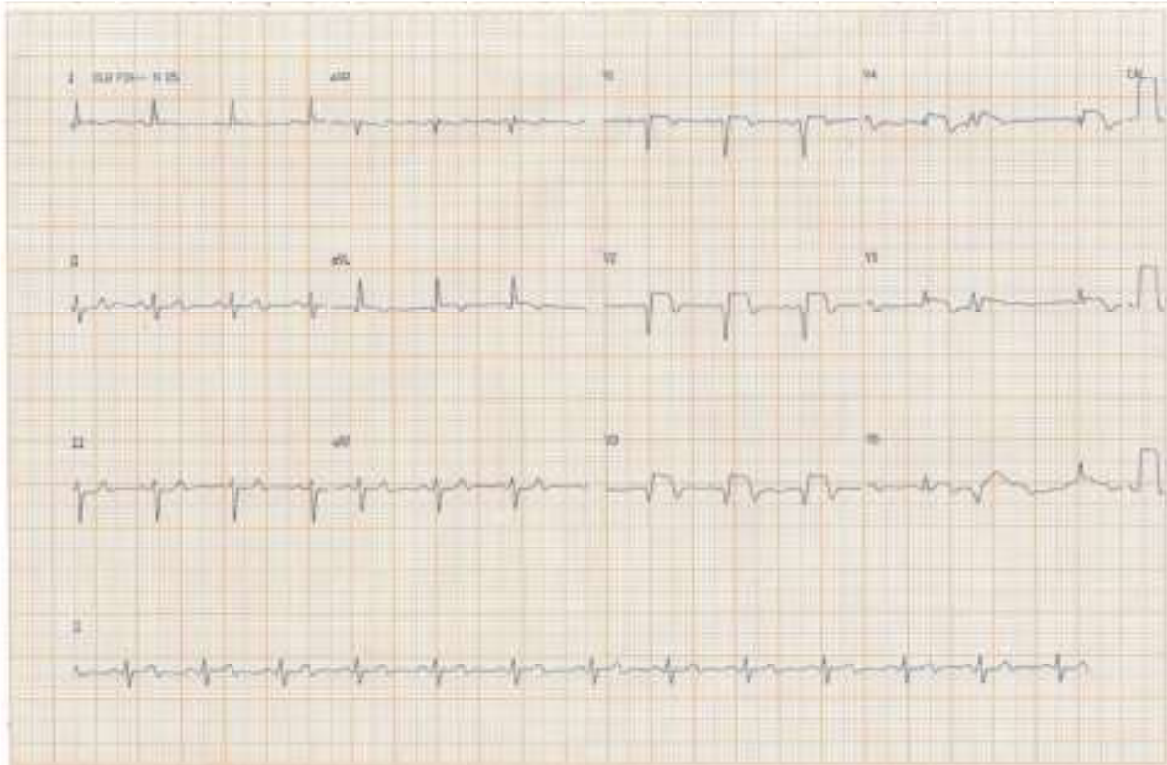
34. Num plantão noturno de pronto-socorro, é admitido um homem de 65 anos com quadro súbito de diminuição da consciência. Hipertenso com tratamento irregular. A família relata quadro agudo de cefaleia, náusea, vômito e provavelmente um episódio de convulsão tônico-clônica. Está comatoso, com hemiplegia esquerda e pressão arterial de 190 x 160 mmHg. Qual(is) das imagens abaixo é mais provável que corresponda ao paciente?



- (A) II e III
- (B) III
- (C) I e III
- (D) II



35. Sílvio, 66 anos, com sobrepeso, em uso irregular de glibenclâmida e enalapril procura o Pronto-Socorro com queixa de mal estar, náusea e sudorese intensa há 2 horas. Na admissão apresentava pulso=128 bat/min, rítmico, PA=126x76 mmHg, T= 36,6°C, glicemia capilar= 322 mg/dL, estava pálido com sudorese fria e com estertores em bases pulmonares. O ECG mostra:



A melhor conduta é

- (A) aplicar insulina regular 10 U por via SC, amiodarona 200 mg VO, acompanhar valores da glicemia capilar 1/1 hora e dispensá-lo quando a glicemia for < 200 mg/dL, orientando-o a usar a medicação habitual regularmente e retornar ao seu clínico na UBS.
- (B) ácido acetilsalicílico 200 a 500 mg VO, fibrinolítico IV, dosar troponina, CPK e CKMB, interná-lo em UTI administrando insulina regular por via SC de acordo com os valores da glicemia capilar.
- (C) interná-lo em enfermaria e solicitar creatinina, sódio, potássio, hemograma, hemoglobina glicada, urina tipo I e glicemia em jejum. Prescrever insulina regular por via SC de acordo com glicemias capilares, furosemide 40 mg VO e reintroduzir captopril 25 mg 8/8h.
- (D) aplicar 10 U de insulina regular por via SC, reintroduzir a medicação habitual e introduzir propranolol 40 mg 8/8 horas e metformina 850 mg 2X/dia, dispensando-o com orientação.



Valores de Referência de Exames Laboratoriais

Ácido Úrico 2,4-6,0 mg/dL (mulheres) e 3,4-7,0mg/dL (homens)
Albumina 3,5-5,5 g/dL
Amilase 80-180U/dL
ALT < 35 U/L
AST < 35 U/L
Bilirrubina total 0,3-1,0 mg/dL (BD 0,1-0,5 mg/dL; BI 0,1-0,7 mg/dL)
Cálcio iônico = 1,17 - 1,32 mmol/L
Cálcio total = 8,5 - 11,5 mg/dL (2,0 - 2,5 mmol/L)
Cloreto 96-107 mEq/L
Colesterol total < 200mg/dL
 HDL-colesterol > 35mg/dL (homens) e > 45mg/dL (mulheres)
 LDL-colesterol < 130 mg/dL
Creatinina 0,6-1,2mg/dL
Desidrogenase láctica 50-115U/dL
Gama-GT 11-50U/L
Gasometria Arterial
 pH 7,35-7,45
 pO₂ 83-108 mmHg
 pCO₂ 35-45 mmHg
 Bicarbonato (HCO₃) 21-28 mEq/L
 Excesso de base (BE) = ±2
 Saturação de O₂ >95%
Glicemia em jejum 70 a 110 mg/dL
Hemoglobina glicada (HbA1C) 4 a 6%
Hemograma
 Hemoglobina (Hb) homem 13-17g/dL; mulher 12-16g/dL
 Hematócrito (Ht) homem 41-53%; mulher 36-46%
 VCM 78-100fL
 HCM 26-34g/L
 Glóbulos Vermelhos - homem 4,5-5,9 milhões/mm³; Mulher 4,0-5,2 milhões/mm³
 Glóbulos Brancos 4,0-10,0 mil/mm³ (bastonetes 0-10%; neutrófilos 40-70%; eosinófilos 0-8%;
 linfócitos 22-44%; monócitos 4-11%; basófilos 0-3%)
 Plaquetas 150-350 mil/mm³; reticulócitos 0,5-1,5%
Magnésio 1,7-2,6 mg/dL (0,7-1,1mmol/L)
Paratormônio (molécula intacta) 15 a 65 pg/mL
Potássio 3,5 - 5,1 mEq/L
Prolactina = 2 - 15 mcg/L
Proteinúria 24h < 150 mg
PSA 0-4,0 ng/mL
Sódio 135-145 mEq/L
Triglicérides < 150 mg/dL
T4 Livre = 0,7 - 1,5 ng/dL
TSH 0,3 - 4,5 mUI/L
Tempo de Protrombina (TP) 10 - 14s ou 70% a 100% (INR=1,0),
Tempo de Tromboplastina Parcial ativada (TTPa) 25 - 32s (relação < 1,2)
Ureia 20-40 mg/dL

