

CLÍNICA MÉDICA

1. Qual das medicações listadas a seguir é a mais indicada para a rápida indução de remissão da doença de Crohn ileocecal com atividade grave.

- a) Adalimumabe
- b) Azatioprina
- c) Mesalazina
- d) Prednisona

2. Com relação a síndrome hepatorenal, são considerados critérios diagnósticos, EXCETO:

- a) Ausência de redução da creatinina para níveis menores que 1,5mg/dl após expansão com albumina por 2 dias
- b) Presença de cirrose e ascite
- c) Presença de encefalopatia hepática
- d) Ausência de doença parenquimatosa renal

3. O exame ultrassonográfico do tórax através do protocolo BLUE é uma ferramenta acurada para o diagnóstico etiológico rápido da insuficiência respiratória aguda. Abordando um paciente na sala de emergência com insuficiência respiratória aguda. Ao utilizar o Ultrassom, você ao examinar os pontos superiores constata lung sliding associado a presença de linhas A. Procede em seguida ao Doppler venoso de membros inferiores que afasta trombose venosa. Qual o próximo passo e que achado é compatível com pneumonia?

- a) Avaliar o ponto PLAPS constatando linhas A
- b) Avaliar o ponto PLAPS encontrando derrame pleural ou aspecto de consolidação
- c) Avaliar o ponto PLAPS com a identificação de linhas D
- d) Com os achados descritos no enunciado já se conclui como pneumonia

4. O modo Ventilação Volume Controlado se caracteriza por:

- a) Apresentar ciclos controlados e assistido-controlados, ciclado a volume e limitado a fluxo
- b) Ser disparado a tempo e a fluxo, limitado a fluxo e ciclado a tempo
- c) Ser disparado a tempo, fluxo e pressão, ciclado a tempo e limitado à pressão
- d) Ser disparado a volume, ciclado a fluxo e limitado a pressão.

5. Com relação aos cuidados imediatos pos PCR, escolha a alternativa CORRETA:

- a) A Meta de capnografia é 35 a 45 mmHg
- b) A Meta de PAM é maior que 90 mmHg

c) A temperatura deve ser mantida entre 34 a 38 graus Celsius

d) Manter a Fração inspirada de Oxigênio em 100% por 24h

6. Assinale a medicação utilizada como sedativo na intubação de sequência rápida que também apresenta ação analgésica:

- a) Cetamina
- b) Midazolam
- c) Propofol
- d) Suxametoneo

7. Homem, 76 anos, com TSH 8,8 mUI/L (VR 0,4 a 4,0), T4 livre 1,2 ng/dL (VR 0,8 a 1,9) e anti-TPO 89 UI/mL (VR < 35) queixa-se de fadiga, parestesias em pés e mãos e constipação de início recente. Tireoide de tamanho normal e sem nódulos à palpação. Qual é a melhor conduta terapêutica nesse caso?

- a) O paciente deve ser tratado com levotiroxina com o intuito de se avaliar, em prova terapêutica, se há melhora dos sintomas apresentados.
- b) O paciente não deve ser tratado com levotiroxina nesse nível de TSH pela inexistência de benefícios comprovados.
- c) O paciente não deve ser tratado com levotiroxina, pois esse nível de TSH é normal para a faixa etária do paciente.
- d) O paciente deve ser tratado com levotiroxina, pois apresenta anti-TPO positivo e alto risco de evolução para hipotireoidismo franco.

8. Mulher, 32 anos, maratonista, procura sua avaliação por alteração de função tireoidiana. Refere estar mais ansiosa, mas atribui isso ao fato de estar sem treinar há 1 mês, pois apresentou lesão muscular. Ciclos menstruais regulares, em uso de contraceptivos orais. Está fazendo fisioterapia e usou glicocorticoide injetável intramuscular de depósito há duas semanas. PA 110 x 75 mmHg, FC 68 bpm, com ritmo cardíaco regular. Tireoide sem alterações à palpação. Traz exames:

TSH = 0,1 mUI/L (VR 0,4 a 4,0);

T4 livre = 1,2 ng/dL (VR 0,8 a 1,9);

T3 = 1,55 ng/mL (VR 0,7 a 1,8)

TRAb = 0,1 UI/L (VR < 1,75)

ATPO = 38 UI/mL (VR < 35)

Antitireoglobulina = 15 UI/mL (VR < 20)

Qual a provável causa da alteração no TSH desta paciente?

- a) Tireoidite de Hashimoto.
- b) Uso de contraceptivo oral.
- c) Uso de glicocorticoide.
- d) Doença de Graves

9. Homem, 62 anos, é encaminhado para avaliação devido a glicemias de jejum 108 e 114 mg/dL, HbA1c 6,2%. Já teve IAM e usa rosuvastatina 40mg/dia, AAS 100mg/dia. O LDL está atualmente 72 mg/dL e a TFG (CKD-EPI) é 64 mL/min. É sedentário e o IMC é 27 kg/m². Qual das alternativas abaixo teria o maior potencial de reduzir a chance do paciente evoluir para diabetes?

- Acarbose.
- Metformina.
- Diminuir a dose de rosuvastatina.
- Mudança de estilo de vida.

10. Manoel tem hoje 60 anos e procurou ajuda médica preocupado com possíveis danos pulmonares relacionados ao uso de tabaco. Ele fumou por 35 anos de sua vida, com carga tabágica de 70 maços/ano estando abstêmio há 5 anos. O pai faleceu por neoplasia maligna de pulmão há 5 anos, fato que o motivou a parar de fumar. No que diz respeito a rastreamento de neoplasia de câncer de pulmão nesse paciente, a recomendação é:

- Rastreamento a cada 2 anos com tomografia de tórax em protocolo de baixa dosagem até completar 10 anos de abstenção do tabagismo.
- Rastreamento anual com tomografia de tórax em protocolo de baixa dosagem até completar 15 anos de abstenção do tabagismo ou até surgimento de doença grave com baixa expectativa de vida.
- Rastreamento anual com radiografia de tórax em PA e perfil até completar 15 anos de abstenção do tabagismo ou até surgimento de doença grave com baixa expectativa de vida.
- Rastreamento anual com tomografia de tórax em protocolo de baixa dosagem associado a citologia oncológica de lavado broncoalveolar a cada 5 anos, até completar 15 anos de abstenção do tabagismo.

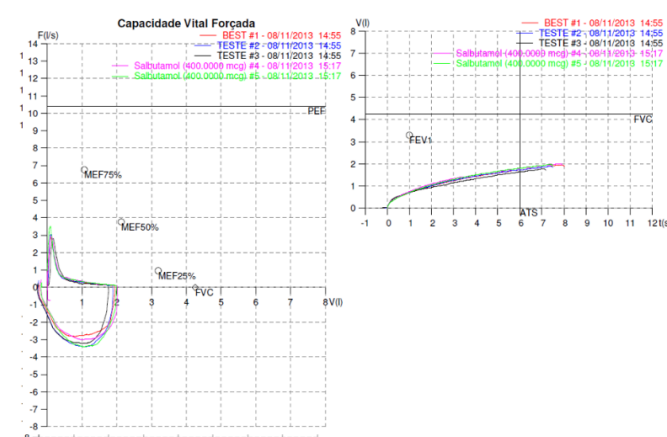
11. Fernando tem hoje 54 anos e procurou ajuda médica por queixa de dispnéia progressiva aos esforços há cerca de 2 anos, inicialmente aos grandes esforços, como subir escadas ou ladeiras, mas hoje tem notado aos moderados esforços, precisando parar algumas vezes para recuperar o fôlego ao andar no plano cerca de 100 metros. Associada a essa queixa refere ainda tosse crônica, ora improdutiva, ora produtiva. Nega febre, nega perda ponderal ou outros sintomas constitucionais e não tem comorbidades conhecidas. Não apresentou crises/exacerbações do quadro respiratório com necessidade de corticoides orais e antibioticoterapia desde que iniciou sintomas. Foi fumante, com carga tabágica de 30 maços/ano.

Abstêmio há 1 ano. Realizou espirometria que evidenciou distúrbio ventilatório obstrutivo moderado com CVF reduzida, sem resposta ao broncodilatador (com VEF1 pós BD 48% do predito). Radiografia de tórax evidencia apenas hiperinsuflação. Dois hemogramas com eosinófilos em torno de 150 células/mm³. Qual a proposta terapêutica medicamentosa inicial para esse paciente?

- Iniciar associação de Beta agonista de longa ação com corticoide inalatório de uso diário para tratamento de manutenção, orientando beta agonista de curta ação para alívio quando necessário.
- Iniciar associação de Beta agonista de longa ação com anticolinérgico de longa ação de uso diário para tratamento de manutenção, orientando beta agonista de curta ação para alívio quando necessário.
- Iniciar associação de Beta agonista de longa ação com anticolinérgico de longa ação e corticoide inalatório de uso diário para tratamento de manutenção, orientando beta agonista de curta ação para alívio quando necessário.
- Iniciar associação de anticolinérgico de longa ação e corticoide inalatório de uso diário para tratamento de manutenção, orientando beta agonista de curta ação para alívio quando necessário.

12. O formato da curva fluxo-volume apresentada abaixo chama a atenção para que tipo de distúrbio ou achado respiratório?

- Distúrbio restritivo
- Obstrução fixa em via respiratória alta
- Distúrbio obstrutivo
- Doença neuromuscular



13. O exame que você solicitaria para o esclarecimento da causa de trombose venosa intra-abdominal, num paciente sem fatores de risco e cujo hemograma exibe pancitopenia é

- Homocisteína.
- Mutação da JAK 2.

- c) Beta 2 microglobulina.
d) Imunofenotipagem para CD55 e CD59.
14. Em relação à trombocitopenia é CORRETO afirmar:
a) A causa mais comum da trombocitopenia isolada é neoplásica.
b) O achado de plaquetas gigantes ocorre exclusivamente na púrpura trombocitopênica imunológica.
c) Aproximadamente 25% dos pacientes com síndrome antifosfolípido apresentam trombocitopenia moderada.
d) A associação com hemácias fragmentadas e policromatofilia sugere Síndrome de Evans.
15. O adequado diagnóstico e tratamento do Diabetes Mellitus previne lesão aos órgãos alvo como os rins, coração, fundo de olho. São consideradas drogas de primeira linha no controle glicêmico no diabetes mellitus tipo 2 e que previnem e/ou reduzem a progressão da doença renal do diabetes. Assinale a CORRETA:
a) Insulina de curta duração
b) Sulfonilurêias
c) Inibidores dos cotransportadores sódio-glicose tipo 2 (SGLT2)
d) Inibidores do DPP4
16. O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença caracterizada pela elevação da glicemia. Se não tratado adequadamente pode promover lesão renal considerado um dos órgãos alvo. Em relação a apresentação clínica/laboratorial da doença renal do diabetes (DRD) assinale a alternativa ERRADA:
a) O rastreamento da DRD deve ser iniciado, preferencialmente, pela medida de albumina em amostra isolada de urina (na primeira da manhã ou ao acaso)
b) A DRD está associada a aumento da mortalidade principalmente por doença cardiovascular
c) A Doença Renal não Albuminúria, caracterizada por redução isolada da Taxa de Filtração Glomerular (TFG).
d) O termo “nefropatia diabética” é usado para pacientes com proteinúria indetectável
17. As principais doenças que se não diagnosticadas e tratadas adequadamente podem causar Doença Renal Crônica e levar os pacientes ao tratamento dialítico são: Assinale a CORRETA:
a) Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Litíase Renal
b) Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Neoplasias

- c) Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Medicamentos nefrotóxicos (ex: contrastes e AINES)
d) Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Glomerulopatias
18. Em relação a isquemia aguda do intestino delgado e a do cólon, pode-se afirmar:
a) Na Isquemia aguda colônica, a colonoscopia não deve ser o procedimento de escolha.
b) Em relação a apresentação da doença, pacientes com isquemia colônica aguda geralmente se apresentam gravemente enfermos.
c) Na isquemia aguda do intestino delgado, o sangramento retal e a diarreia sanguinolenta são comuns.
d) A idade dos pacientes com isquemia aguda do delgado varia com a etiologia do quadro ao passo que na isquemia do cólon aguda a maioria dos pacientes tem mais de 60 anos.
19. Uma mulher de 22 anos sofreu um acidente, tendo recebido 6 litros de solução salina isotônica. Após dosagem, o nível de sódio sérico foi de 135 mmol/l, o potássio sérico de 3,8 mmol/l, e o cloreto sérico de 115 mmol/l e o bicarbonato sérico de 18 mmol/l. O pH do sangue arterial era de 7,28 e a PaCO₂ era de 39 mmHg. O nível sódio urinário era de 65 mmol/l, o de potássio urinário era de 15 mmol/l e o de cloreto urinário de 110 mmol/l. Em relação ao quadro clínico e sua relação com o diagnóstico gasométrico, pode-se afirmar, EXCETO:
a) O ânion gap urinário calculado para o caso é de -20mmol/l.
b) O diagnóstico gasométrico é de acidose mista + hiperclorêmia.
c) O ânion gap no soro é de 2mmol/l e uma das explicações para este resultado seria a hiperclorêmia decorrente de grande infusão de solução salina isotônica, que no caso foi de 06l.
d) O ânion gap urinário negativo no caso -30mmol/l, significa que houve um aumento da excreção de cloreto na forma de NH₄CL (cloreto de amônio), o que eleva os níveis cloreto urinário, contribuindo para a negatividade do ânion-gap.
20. Sobre o agente tóxico, seu quadro clínico-gasométrico e manejo, pode-se afirmar corretamente:
a) A intoxicação por etilenoglicol deve ser suspeitada em todo paciente com história de ingestão deste tóxico, acidose por aumento de ânion-gap, gap osmolar alto e cristais de oxalato em exame de urina. Algumas medidas de tratamento incluem: introdução de salina isotônica IV, uso do inibidor da álcool-desidrogenase (fomepizol), e

hemodiálise em casos com $\text{pH} < 7,3$ e gap osmolar maior de 20mOsm/kg.

b) A intoxicação com álcool isopropílico, quando de seu consumo, causa acidose por aumento de ânion-gap e gap osmolar normal. Hemodiálise não deve ser considerada nos casos mais graves.

c) A intoxicação por salicilatos não leva a alcalose respiratória, sendo o mecanismo principal, a acidose por aumento de ânion-gap. O tratamento inclui medidas para acidificar a urina e a acetazolamida não está indicada pois pode produzir alcalose metabólica. Risco de hipoglicemia não se observa neste quadro.

d) O acúmulo da 5-oxiprolina pode ser suspeitada em todo paciente que usou dipirona em doses tóxicas, com quadro de acidose de ânion gap normal e com elevação do gap-osmolar

21.Em paciente com dissecação aórtica aguda é importante aliviar a dor com opióide e usar nitroprussiato de sódio para diminuir a pressão arterial. Mas este procedimento provoca taquicardia e aumento da contração do ventrículo esquerdo, gerando hipertensão arterial. Qual a droga abaixo deverá corrigir este problema quando administrada?

- a) Metildopa
- b) Inibidor do canal de cálcio, tipo nifedipina
- c) Betabloqueador
- d) Clonidina

22.Paciente feminina, 46 anos com diagnóstico de esclerose sistêmica há 2 anos comparece em consulta de rotina informando cefaléia e idas ao SPA por picos hipertensivos (Não era hipertensa previamente). Ao exame físico apresenta PA: 180 x 120 mmHg e apresenta exame laboratorial com anemia (Hb 10; Hto: 30) e ureia de 60 e creatinina de 1.8 mg%. Assinale a alternativa com a melhor conduta para a paciente:

- a) Sildenafil
- b) Prednisolona 1 mg Kg
- c) Pulsoterapia com metilprednisolona
- d) Captopril

23.Qual é o diagnóstico mais provável para um paciente de 30 anos com artrite de tornozelos, eritema nodoso e adenopatia hilar?

- a) Sarcoidose
- b) Síndrome de Sjögren.
- c) Poliangiíte granulomatosa.
- d) Doença de Poncet.

24.Uma Sra de 70anos observou que estava cada vez mais difícil caminhar ate a igreja perto da sua casa, sentia cansaço e falta de ar. Fazia acompanhamento

com cardiologista para tratamento de arritmia cardíaca em uso de Amiodarona. Após investigação o médico concluiu que os sintomas decorriam de 2 efeitos colaterais pelo uso prolongado da Amiodarona sendo eles:

- a) Fibrose Pulmonar e Hipotireoidismo
- b) Broncoespasmo e Retenção Hidrica
- c) Enfizema Bolhoso e Rabdomiólise
- d) Derrame Pericárdico e Hiperpotassemia

25.Paciente jovem dá entrada na emergência do Hospital de sua cidade com palpitação de início súbito há 1 hora, com dispnéia, palidez e sudorese fria. A Ausculta Pulmonar mostra estertores em ambos os pulmões. A ausculta cardíaca RCI com FC 185 bpm. e PA 60x40 mmHg. Leva consigo um Ecocardiograma anterior que mostrava uma área valvar mitral de 0.9 cm². Qual conduta imediata deve ser tomada?

- a) Cardioversão com Amiodarona
- b) Cardioversão Elétrica
- c) Cardioversão com Propafenona
- d) Redução da Frequência Cardíaca com Metoprolol EV