

CLÍNICA MÉDICA

- 1) A dor na osteoartrite é devido à:
 - a) As alterações do sistema nervoso central podem contribuir para maior sensibilidade a estímulos mecânicos que se desenvolvem fora da área de lesão (hiperalgesia secundária);
 - b) Inflamação sinovial;
 - c) Isquemia do osso subcondral;
 - d) Todas as acima

- 2) Em relação à densitometria óssea, assinale a afirmativa **CORRETA**:
 - a) Em crianças, o termo “baixa massa óssea para a idade cronológica” é usado quando o Z-score está abaixo de -2,5 DP;
 - b) Em homens com menos de 50 anos de idade e mulheres na pré-menopausa, usa-se o T-score para diagnóstico densitométrico;
 - c) A disponibilização da ferramenta FRAX® para o Brasil tornou dispensável o uso da densitometria óssea em homens;
 - d) Z-score abaixo de -2,0 DP em coluna lombar ou fêmur proximal sugere possibilidade de causa secundária de baixa massa óssea;

- 3) Senhora de 65 anos faz acompanhamento devido o diagnóstico de osteoporose, neste contexto, são fatores de risco para esta condição:
 - a) Incipiente ingestão de leite, etnia negra, tabagismo
 - b) Obesidade, baixa estatura, etnia negra
 - c) Obesidade, insuficiente ingestão de proteínas, consumo excessivo de café, atividade física excessiva
 - d) Hereditariedade, tabagismo, uso abusivo de álcool.

- 4) Paciente feminino, 64 anos, com quadro de perda de peso, dispnéia aos esforços, dispneia paroxístico noturna, palpitação, insônia há 4 meses. HPP: hipertensão arterial sistêmica há 5 anos, em uso de losartan; AVC isquêmico há 2 anos. Ao exame físico, tremor de extremidades, bócio difuso, ritmo cardíaco irregular,

frequência cardíaca 124bpm. Trouxe exames com tsh suprimido e t4 livre alto. Ecg com fibrilação atrial. Em relação a conduta nesse caso:

- a) Iniciar tapazol e beta bloqueador pelo provável diagnóstico de doença de Graves. Não há a necessidade de anticoagulação, pois a arritmia é secundária ao hipertireoidismo e irá resolver com o seu tratamento.
- b) Iniciar tapazol e beta bloqueador, além de anticoagulação plena pelo alto risco de evento tromboembólico.
- c) Iniciar apenas tapazol, para tratamento da doença de base.
- d) Iniciar apenas beta bloqueador e aguardar realização de iodo radioativo, pela necessidade de tratamento definitivo.

Paciente 62 anos, feminina, internada com quadro de febre, tosse e dispneia. Refere fazer uso de losartan para HAS, sem outras medicações ou comorbidades. Ao exame, paciente obesa (P:100kg) com discreta taquicardia, sem taquipneia ou instabilidade hemodinâmica. Exames iniciais mostravam leucocitose, função renal normal e glicemia 224mg/dl. Foi feito diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade, sendo iniciado antibioticoterapia.

Em relação a hiperglicemia, a paciente foi monitorizada por 24 horas e as glicemias capilares foram as seguintes:

6h: 200mg/dl 12h: 190mg/dl 17h: 280mg/dl
23h: 221mg/dl

- 5) Em relação ao controle glicêmico do paciente internado, assinale a alternativa **CORRETA**:
 - a) Como a paciente não tinha diagnóstico prévio de diabetes, esses valores podem ser aceitáveis.
 - b) Como apresenta valores persistentemente acima de 126mg/dl, deve ser considerada com diagnóstico de diabetes.
 - c) Pode ser necessária intervenção já que valores ultrapassam 140-180mg/dl e o diagnóstico de hiperglicemia por estresse deve ser considerado.
 - d) A dosagem da hemoglobina glicada não é útil nesse cenário.

- 6) Qual seria sua conduta?
- Apenas observação, já que a paciente não tem diagnóstico prévio de diabetes.
 - Iniciar metformina, por tratar-se de uma paciente obesa.
 - Prescrever insulina regular subcutânea para corrigir hiperglicemia de acordo com a glicemia medida (esquema)
 - Iniciar insulina basal subcutânea (NPH ou análogos de longa duração).
- 7) O medicamento antagonista da vitamina K usado para tratamento de tromboembolismo venoso necessita de controle laboratorial para avaliar sua atividade anticoagulante. A sua atuação na via intrínseca demora cerca de 5 dias para ser efetivamente bloqueada. Em qual fator essa medicação bloqueia inicialmente e como fazer a monitorização do antagonista da vitamina K?
- Fator VII e dosagem do tempo de protrombina ou INR
 - Fator XI e dosagem de tromboplastina parcial ativada (TTPA)
 - Fator XIa e dosagem do tempo de protrombina ou INR
 - Fator tecidual e dosagem de tromboplastina parcial ativada (TTPA)
- 8) Quais características aumentam a chance de malignidade de um nódulo pulmonar?
- Nódulo de 2,5 cm, localizado no lobo superior, bordas delimitadas, calcificação em pipoca
 - Nódulo de 3,5 cm, localizado no lobo superior, bordas irregulares, calcificação difusa
 - Nódulo de 1,5 cm, localizado no lobo médio, bordas irregulares, calcificação lamelar
 - Nódulo de 1,5 cm, localizado no lobo superior, bordas irregulares, calcificação puntiforme e excêntrica
- 9) No processo de envelhecimento do sistema respiratório ocorrem alterações estruturais (osteomusculares) e dos volumes respiratórios, alterações de difusão e alterações imunológicas. Com relação as alterações estruturais, ocasionam mudanças na mecânica respiratória. Sr. Manuel, 67 anos

de idade, com transtorno cognitivo leve, realiza exame de espirometria devido tosse crônica. Ex-tabagista (CT 60 maços/ano). Apresenta tomografia de tórax com achados de reticulação, faveolamento com predomínio em bases, bronquiectasias de tração, compatível com padrão de pneumonia intersticial usual. Interprete a espirometria.

Pré-broncodilatador: CVF 1,48 (40%) VEF1 1,34(44%) VEF1/CVF 0,91

Pós-broncodilatador: CVF 1,43(38%) VEF1 1,28(42%) VEF1/CVF 0,9

De acordo com esses resultados, qual a interpretação dessa espirometria?

- Distúrbio ventilatório obstrutivo acentuado sem variação significativa ao broncodilatador
- Distúrbio ventilatório restritivo moderado com variação significativa ao broncodilatador
- Distúrbio ventilatório restritivo acentuado sem variação significativa ao broncodilatador
- Distúrbio ventilatório obstrutivo leve sem variação significativa ao broncodilatador

10) Uma mulher de 27 anos queixa-se de dormência e formigante nos pés, subindo até a metade das pernas, nos últimos 3 meses. Ela às vezes perde o equilíbrio ao se levantar à noite, no escuro.

Ela teve um parto normal sem complicações há 4 meses. PA 135/80, FC 76bat/min; T 36,5. Ao exame anda normalmente, mas tem dificuldade para andar em Tandem. Força muscular e tônus são normais, Reflexos2+ bicipital, tricipital, estilorrádial e patelar. Aquileu:0. Cutâneo plantar indiferente bilateralmente. Toque leve e alfinetada são diminuídos abaixo de ambos os tornozelos, com sensoposição normal. A visão e os nervos cranianos estão normais.

O que você faria a seguir com esse paciente em sua consulta clínica?

- Solicita uma ressonância magnética do cérebro e da coluna cervical sem contraste
- Solicitar um exame de eletroneumigrafia
- Realizar uma punção lombar, enviando o liquor para bandas oligoclonais e níveis de imunoglobulina

d) Revisar seu histórico médico anterior, histórico familiar, medicamentos atuais e história ocupacional.

11) Um homem de 64 anos vem procurá-lo por dores de cabeça difusas, exacerbadas pela tosse, nas últimas 2 semanas, às vezes acompanhada de tontura. Seu exame neurológico é normal. O médico Clínico Geral solicitou uma tomografia computadorizada do cérebro sem contraste e se preocupou com a imagem mostrada abaixo. O que você vê?

- a) Um tumor do terceiro ventrículo
- b) Uma hemorragia talâmica na linha média
- c) Uma tomografia computadorizada normal
- d) Hematomas subdurais isodensos bilaterais

Imagem de tomografia computadorizada para a pergunta 11, mostrada abaixo:



12) Um homem de 80 anos o vê por fala arrastada, o que fica evidente no exame do consultório.

Os achados mais importantes ao exame neurológico incluem desvio de sua língua para a esquerda, quando solicitado a “colocar a língua para fora em linha reta”. O lado esquerdo da língua parece atrofico e “trêmulo”. O resto de seu exame neurológico é normal.

Onde está a lesão mais provável aqui?

- a) Córtex motor frontal esquerdo
- b) Córtex motor frontal direito
- c) Nervo hipoglosso esquerdo
- d) Nervo hipoglosso direito

13) Você solicita exames de ressonância magnética do cérebro e pescoço no paciente

acima (com e sem contraste), mas os resultados são normais. Quando você o vê novamente um mês depois, sua fala arrastada permanece, e ele agora tem dificuldade para engolir, bem como uma queda do pé direito. A perna e o pé direitos parecem atroficos. Reflexos são difusamente 3+ com clônus bilateral do tornozelo. Qual é o diagnóstico clínico mais provável agora?

- a) Mononeuropatia múltipla (mononeurite múltipla)
- b) Metástases difusas para o sistema nervoso central de um câncer primário desconhecido
- c) Esclerose lateral amiotrófica
- d) Esclerose múltipla

14) Sobre a **pancreatite aguda**, assinale a afirmativa **INCORRETA**.

- a) A hipercalcemia é uma causa infrequente de pancreatite aguda e surge pela deposição excessiva de cálcio no ducto pancreático e ativação prematura do tripsinogênio.
- b) A migração de cálculos biliares é a principal causa de pancreatite aguda.
- c) Na pancreatite aguda grave, deve-se optar pela dieta oral zero e nutrição parenteral total até que haja melhora do quadro inflamatório, queda da amilase e melhora tomográfica.
- d) Tumores pancreáticos ou papilares que provoquem obstrução à drenagem do suco pancreático podem ocasionar quadros de pancreatite aguda.

15) Uma das complicações da cirrose hepática é a **Peritonite Bacteriana Espontânea (PBE)**, que é caracterizada pela infecção do líquido ascítico na ausência de foco primário de infecção intra-abdominal. Sobre o tratamento da PBE, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) O tratamento antimicrobiano deverá ser iniciado após a cultura do líquido ascítico ser liberada pelo laboratório.
- b) A profilaxia secundária da PBE não está indicada de forma rotineira pelo risco de indução de resistência.
- c) A primeira escolha de antibioticoterapia empírica para pacientes provenientes da comunidade com CHILD B ou C é Piperacilina com Tazobactan.

d) Pacientes com PBE frequentemente desenvolvem mudanças na função circulatória, que podem levar à insuficiência renal. Por esse motivo os pacientes com PBE devem receber infusão de albumina venosa associada ao tratamento antibiótico.

16) Em pacientes acima de 65 anos, os quadros de hemorragia digestiva baixa estão mais relacionados à:

- a) Doença diverticular dos colons e neoplasia
- b) Colite infecciosa e angiodisplasia.
- c) Doença hemorroidária e doença inflamatória intestinal.
- d) Neoplasia e doença hemorroidária.

17) Além do uso de antimicrobianos, também é fator de risco para Colite Pseudomembranosa:

- a) Hipertensão arterial sistêmica
- b) Uso de inibidor de bomba de prótons
- c) Dislipidemia
- d) Obesidade

18) Homem, 27 anos, atleta velocista, assintomático até duas semanas atrás. Refere febre vespertina desde então, e dispneia evoluindo rápido para mínimos esforços. Há duas horas teve episódio de hemoptise e dor torácica à esquerda, súbita, de média intensidade e agravada por respiração profunda e tosse. Sem antecedentes mórbidos, salvo ser portador de sopro cardíaco desde a infância. Exame físico: temperatura axilar = 38,5°C. Sistema pulmonar sem alterações e FR = 25/min. Cardiovascular: FC = 105/min, rítmico, sopro sistólico rude, com frêmito, 5+/6+, epicentro no 4º espaço intercostal esquerdo, para esternal. O quadro clínico sindrômico mais provável combina os diagnósticos:

- a) Comunicação interventricular e endocardite infecciosa
- b) Estenose valvar aórtica com pericardite aguda
- c) Miocardiopatia hipertrófica com pneumonia
- d) Estenose valvar pulmonar com embolia pulmonar séptica

19) Homem, 20 anos, em tratamento de Sarcoma de Ewing. Realizou quimioterapia há 12 dias, e recebeu filgrastima por 7 dias. Procurou atendimento médico com queda do estado geral e febre há 1 dia. Exame físico: REG, desidratado +/4+; FC: 102 bpm PA: 110 x 70 mmHg. Hemograma: Hb 9,5 g/dL; glóbulos brancos 200/μL; neutrófilos segmentados 0/μL; plaquetas 30.000/μL. Demais exames laboratoriais e de imagem sem alterações. Foi internado e iniciados cefepime e filgrastima. Após 2 dias mantém febre (2 picos diários), estado geral regular; FC: 110 bpm, PA: 70 x 50 mmHg. Novo hemograma: Hb 9,8 g/dL; glóbulos brancos 1000/μL; neutrófilos segmentados 300/μL; plaquetas 50.000/μL. Qual a conduta quanto à antibioticoterapia neste momento?

- a) Associar vancomicina
- b) Associar fluconazol
- c) Trocar por meropenem
- d) Trocar por piperacilina + tazobactam

20) Mulher, 25 anos, previamente sem comorbidades e com exames recentes normais, refere diminuição de volume urinário, alteração do aspecto da urina e edema em membros. Exame físico: PA = 156 x 90 mmHg; edema de membros inferiores 2+/4+, sem outras alterações. Exames: creatinina: 2,3 mg/dL, ureia: 68 mg/dL, albumina: 3,1 g/dL, urina I: proteína 150 mg/dL, hemácias 300 por campo. Entre as opções abaixo, qual exame seria mais importante na elucidação diagnóstica?

- a) Biópsia renal
- b) Hemograma completo
- c) Ultrassonografia renal com doppler
- d) Fração de excreção de Sódio

21) Mulher, 64 anos, branca, segue no ambulatório de cardiologia há 2 anos por insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida secundária a cardiomiopatia hipertensiva. Mantém se em classe funcional III da New York Heart Association (NYHA) apesar do tratamento clínico (carvedilol 50 mg/dia, enalapril 20 mg/dia, espironolactona 25 mg/dia, furosemida 40 mg/dia). Exame físico: pulmões limpos, ritmo cardíaco regular, sopro sistólico mitral 3+/6+, FC = 62 bpm, PA = 115 x 86 mmHg, sem turgência venosa

jugular, abdome inocente, discreto edema de membros inferiores. ECG com sobrecarga ventricular esquerda. Considerando a redução de mortalidade e remodelamento reverso, qual a melhor opção?

- a) Substituir enalapril por sacubitril + valsartana
- b) Associar ivabradina
- c) Indicar terapia de ressincronização cardíaca
- d) Associar hidralazina e nitrato

22) Em relação ao tratamento do choque cardiogênico, a droga que combina propriedades inotrópica e vasodilatadora e apresentar benefício quando receptores β -adrenérgicos são regulados negativamente, como em indivíduos recentemente tratados com β -bloqueadores, é:

- a) Dopamina
- b) Vasopressina
- c) Levosimendan
- d) Nitroglicerina

23) É uma droga com várias ações cardíacas que quando administrada por via endovenosa tem ação antiarrítmica imediata, intensa e fugaz. É eliminada em segundos, permitindo a repetição em dose maior ou administração de outra droga, caso não se obtenha o efeito desejado; geralmente não provoca efeitos deletérios significativos, embora possam ocorrer broncoespasmo leve e desconforto torácico intenso em alguns pacientes. Trata-se de:

- a) Procainamida
- b) Adenosina
- c) Propafenona
- d) Amiodarona

24) Pulso alternante e pulso paradoxal são fenômenos associados, respectivamente a:

- a) Disfunção sistólica grave de ventrículo esquerdo e pericardite constritiva
- b) Estenose mitral e asma grave
- c) DPOC e estenose aórtica
- d) Insuficiência aórtica e tamponamento cardíaco

25) Mulher, 40 anos, vem para consulta de rotina. Exames laboratoriais mostram: hemoglobina = 8,0 g/dl; VCM = 78 fl;

leuco/plaquetas normais; glicose = 80 mg/dl; ureia = 100 mg/dl; creatinina = 5,5 mg/dl; ferro = 15 mg/dl; saturação transferrina = 15%; ferritina = 100 ng/ml; PTH = 150 pg/ml; cálcio total = 8,0 mg/dl; albumina = 4,0 g/dl e fósforo 6,5 = mEq/L. Com relação à anemia, pode-se afirmar que deve-se:

- a) Repor ferro por via oral
- b) Complementar a avaliação com eletroforese de hemoglobina
- c) Iniciar reposição de ferro e uso de eritropoietina
- d) Indicar diálise como melhor opção para normalizar e eritropoese.