

Nome:

Sala:

Documento de identidade:

Inscrição:

Local de prova: **Escola SEB Dínatos**

Sequência:



COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA (COREME)

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA ADMISSÃO DE MÉDICOS RESIDENTES – 2023

Pré-requisito

# CLÍNICA MÉDICA

## Prova Objetiva

### Instruções

- Ao receber este caderno de prova, confira inicialmente se os seus dados pessoais, transcritos acima, estão corretos e coincidem com o que está registrado na sua folha de respostas.
- Verifique atentamente se este caderno de prova corresponde ao pré-requisito da especialidade de sua inscrição e se contém 100 (cem) itens, correspondentes à prova objetiva. Caso o caderno esteja incompleto ou tenha qualquer defeito, solicite ao chefe de sala que tome as medidas cabíveis, pois não serão aceitas reclamações posteriores nesse sentido.

Quando autorizado pelo chefe de sala, no momento da identificação, escreva, no espaço apropriado da sua folha de respostas, com sua caligrafia usual, a seguinte frase:

**“A liberdade é o oxigênio da alma.”**

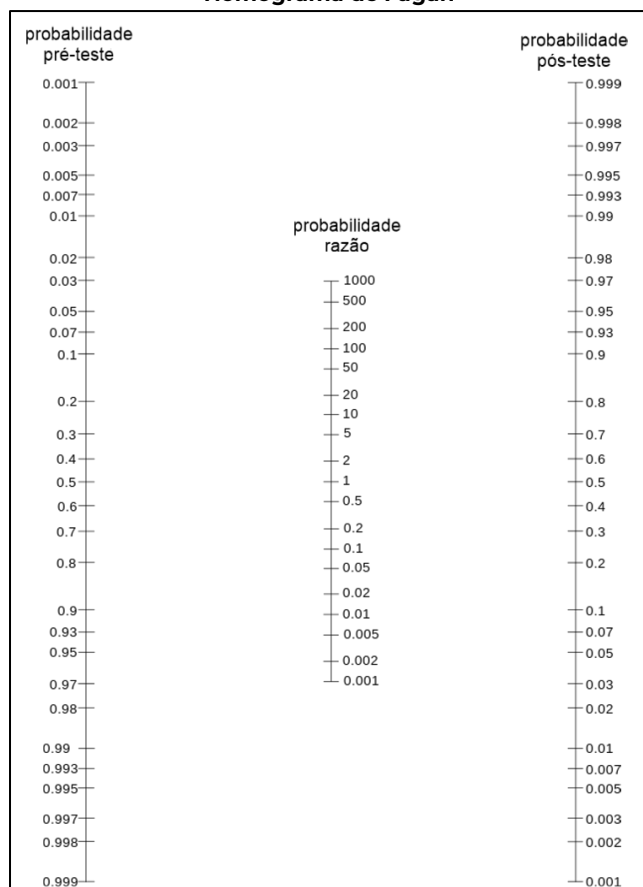
- Você dispõe de **3 (três) horas** para realização da prova. Na duração da prova, está incluído o tempo destinado à entrega do material, à identificação – que será feita no decorrer da prova – e ao preenchimento da folha de respostas.
- Deixe sobre a carteira apenas o documento de identidade e a caneta esferográfica de tinta preta.
- É proibido fazer anotações de informações relativas às suas respostas no comprovante de inscrição e(ou) em qualquer outro meio, que não os permitidos.
- Somente após decorrida **1 (uma) hora** do início da prova, você poderá entregar sua folha de respostas e este caderno de prova e retirar-se da sala.
- Você só poderá levar este caderno de prova no decurso dos **últimos 30 (trinta) minutos** do tempo destinado à realização da prova.
- Não se comunique com outros candidatos nem se levante sem a autorização do chefe de sala.
- Ao terminar a prova, chame o chefe de sala, devolva-lhe sua folha de respostas devidamente assinada e deixe o local de prova.
- A desobediência a qualquer uma das determinações constantes em edital, no presente caderno e na folha de respostas poderá implicar a anulação da sua prova.
- Não serão conhecidos os recursos em desacordo com o estabelecido em edital normativo.
- É permitida a reprodução deste material apenas para fins didáticos, desde que citada a fonte.



- 16 O achado de cavidade oral desse paciente, embora exuberante, é pouco comum e pouco específico para a principal hipótese diagnóstica do caso baseada na anamnese, no exame físico e nos exames complementares apresentados.
- 17 O exame microbiológico de material coletado desse paciente poderá mostrar células leveduriformes com múltiplos brotamentos à coloração de lactofenol.
- 18 São diagnósticos diferenciais em sua forma aguda a histoplasmose, tuberculose, leishmaniose visceral, mas não a leucemia.
- 19 Entre os fármacos utilizados para tratamento são amplamente utilizados antifúngicos triazólicos, dos quais o fluconazol tem sido o mais escolhido, principalmente em formas de leves a moderadas.



Nomograma de Fagan

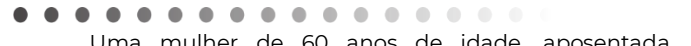


|                | indivíduo doente | indivíduo não doente | total |
|----------------|------------------|----------------------|-------|
| teste positivo | a                | 45                   | 135   |
| teste negativo | 10               | 855                  | 865   |
| total          | 100              | 900                  | 1.000 |

Considere que um novo teste-diagnóstico foi estudado para uma doença e que foi comparado com um método padrão-ouro conforme dados apresentados na tabela acima. Com base na tabela e o nomograma de Fagan acima apresentados, julgue os itens de 20 a 27.

- 20 Não é possível saber o valor de “a” pela tabela apresentada.
- 21 A sensibilidade é a capacidade de um teste de identificar corretamente os indivíduos que possuem a doença. No teste apresentado ela é de 90%.
- 22 A especificidade de um teste é a capacidade de um teste de reconhecer indivíduos saudáveis. No teste apresentado ela é maior que 90%.
- 23 A razão de verossimilhança positiva do novo teste é de 21.
- 24 A razão de verossimilhança negativa do novo teste é maior que 0,1.

- 25 O valor preditivo positivo de um teste — ou seja, a probabilidade de um indivíduo avaliado e com resultado positivo ser realmente doente — é, no caso em questão, de cerca de 67%.
- 26 Dado que o novo teste foi positivo para um indivíduo e que a probabilidade pré-teste da doença é de 10%, a probabilidade pós-teste é aproximadamente 65%.
- 27 A acurácia de um teste é a probabilidade de acertar o diagnóstico (positivo nos doentes e negativos nos não doentes). No teste exposto a acurácia é de 94,5%.

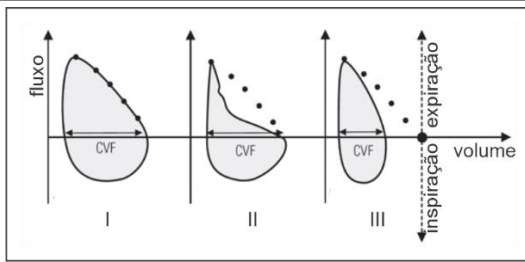


Uma mulher de 60 anos de idade, aposentada, independente para atividades básicas e instrumentais de vida, queixa-se de astenia, fadiga, palidez, mal-estar há 2 meses. Há 2 semanas evoluiu com “dor nas pernas” e “manchas roxas no corpo”. Há 3 horas, febre contínua. No exame físico, detectaram-se sinais vitais dentro da normalidade (exceto por temperatura axilar de 38,9° C); palidez cutaneomucosa; púrpuras não palpáveis disseminadas predominantes em membros. Apresenta o seguinte hemograma: Hemoglobina 10,4 g/dL; hematócrito 31,5%; VCM 95,2 fL; HCM 31,4 pg; RDW 21,1%; Eritroblastos: 2,5%; anisocitose ++; plaquetas 25.000/mm<sup>3</sup>; leucócitos 3.490/mm<sup>3</sup>, neutrófilos 490/mm<sup>3</sup>, bastonetes 0/mm<sup>3</sup>, segmentados 490/mm<sup>3</sup>, eosinófilos 60/mm<sup>3</sup>, basófilos 0/mm<sup>3</sup>, linfócitos 2.046/mm<sup>3</sup>, monócitos 60/mm<sup>3</sup>; outras células: 23,9% (células com alta relação núcleo/citoplasma, cromatina frouxa e presença de nucléolos visíveis bem como de múltiplos grânulos intracitoplasmáticos); D-dímero 10.000 ng/mL; tempo de protrombina alargado (INR 1,7) e fibrinogênio de 98 mg/dL.

Considerando o quadro clínico acima e os temas a ele correlatos, julgue os itens de 28 a 40.

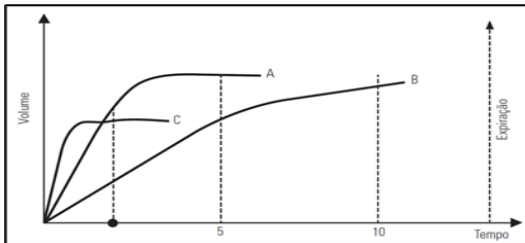
- 28 Pelo tempo de início do quadro, a principal hipótese diagnóstica mais provável para o caso é a de leucemia mieloide crônica.
- 29 Paciente sem quadro compatível com coagulação intravascular disseminada, pois não há encurtamento de tempo de protrombina e fibrinogênio <100 mg/dL.
- 30 Eritroblastos em sangue periférico não auxiliam no diagnóstico, uma vez que são precursores de eritrócitos que podem representar até 2,5% das células vermelhas.
- 31 Considerando-se a hipótese de leucemia aguda e o quadro clínico e laboratorial apresentados, é mais provável que se trate de neoplasia de linhagem mieloide.
- 32 No contexto de leucemias agudas, pacientes que evoluam ou apresentem ao exame físico os sinais de Trousseau e/ou Chvostek bem como de fraqueza muscular indicam uma emergência onco-hematológica.
- 33 Para o caso em questão, devem ser coletadas hemoculturas o mais breve possível e iniciado antibiótico de amplo espectro como cefepima ou piperacilina-tazobactam ainda nos primeiros 30-60 minutos, em razão do diagnóstico de Neutropenia Febril.
- 34 Entre os mecanismos da anemia dessa paciente podemos citar aumento de hepcidina.
- 35 Está indicada a correção de INR com plasma fresco congelado e do fibrinogênio com plasma fresco crioprecipitado, mesmo na presença de apenas sangramento cutâneo.
- 36 A imunofetipagem de medula óssea dessa paciente deverá mostrar contagem de blastos maior ou igual a 20%.
- 37 É altamente provável que a avaliação genética medular da paciente em questão apresente expressão do gene PML-RARA, dada a apresentação clínica e laboratorial.
- 38 A confirmação da expressão do gene PML-RARA nesse caso implicaria pior prognóstico a longo prazo com baixas taxas de remissão.
- 39 Tanto o ácido alltransretinoico quanto o trióxido de arsênio mudaram o manejo e desfecho da leucemia promielocítica aguda.
- 40 Apenas com a suspeita de leucemia promielocítica aguda, sem avaliação medular e/ou sua caracterização imunofenotípica e/ou genética, já está indicado o início do ácido alltransretinoico ainda no primeiro atendimento em prontos-socorros.





Curvas fluxo X volume de espirometrias

**Figura 1**



Curva volume X tempo da manobra de capacidade vital forçada

**Figura 2**

Favarato MHS et al. **Manual do residente de Clínica Médica.**  
3ª ed. Editora Manole, 2023.

Um homem de 18 anos de idade comparece à consulta de retorno com diagnóstico de asma brônquica sem nenhuma outra comorbidade associada. Nas últimas quatro semanas, teve sintomas pelo menos 2 vezes às tardes. Por vezes, acordava à noite com chiadeira torácica e dispneia, uma ou duas vezes por semana. As crises não limitam a atividade. Tem feito uso de “bombinha” uma ou duas vezes por semana. Nega tabagismo.

Considerando o caso clínico e os gráficos de prova de função pulmonar apresentados acima, as relações entre eles e conhecimentos correlatos acerca do assunto, julgue os itens de **64 a 75**.

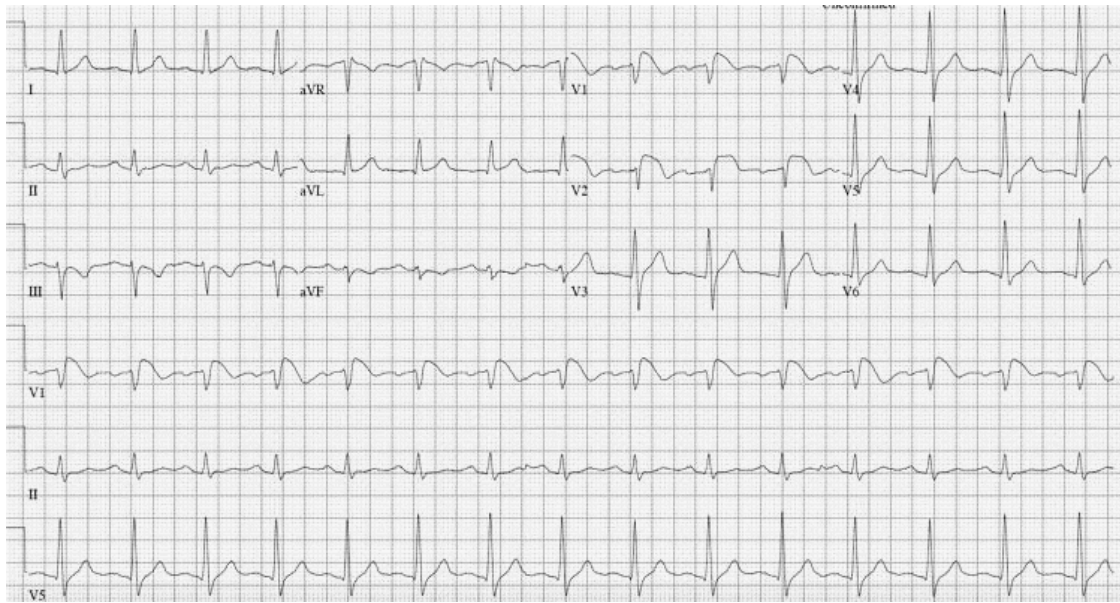
- 64 De acordo com o Global Initiative for Asthma (GINA), o quadro em tela é classificado como asma parcialmente não controlada.
- 65 É correto afirmar que, na Figura 1, a curva espirométrica III era compatível quando do diagnóstico prévio de asma do paciente.
- 66 Observando-se, na Figura 2, a curva A e considerando-se que o ponto no eixo tempo é igual a 1 segundo, conclui-se que a curva B é compatível com distúrbio ventilatório restritivo, pois há redução do volume expiratório forçado no 1.º segundo (VEF1).
- 67 Segundo a GINA 2022, uma opção de tratamento para esse paciente é corticoide inalatório em baixa dose, associado a formoterol tanto de manutenção quanto para alívio de sintomas.
- 68 Atualmente a asma grave pode ser dividida em diferentes fenótipos inflamatórios sendo os dois principais o eosinofílico e o não eosinofílico.
- 69 O grande exame da prática clínica para distúrbios ventilatórios é a espirometria realizada com prova broncodilatadora, que é considerada positiva quando o VEF1 aumenta em  $\geq 200$  mL ou  $\geq 12\%$  em relação ao seu valor basal.
- 70 Considere-se um paciente em uso de inalatório de budesonida, associado a formoterol, cuja dose total diária some 800 mcg do corticoide. É correto dizer que esse paciente está em uso de alta dose do corticoide.
- 71 Asma pauci granulocítica é um fenótipo de asma alérgica caracterizada pela ausência de neutrofilia no escarro induzido.
- 72 O fenótipo de asma grave eosinofílico não alérgico é caracterizado por aumento do percentual de eosinófilos no escarro induzido ( $\geq 2-3\%$ ) e/ou eosinófilos no sangue periférico ( $\geq 150$  células/microlitro) e necessariamente ausência de parâmetros para atopia.

- 73 No contexto de asma grave e seus fenótipos inflamatórios, o omalizumabe está indicado para asma grave com aumento de IgE específica positiva, IgE e peso da faixa específica.
- 74 No contexto de asma grave e seus fenótipos inflamatórios, o mepolizumabe e o benralizumabe são indicados para casos com eosinófilos em sangue periférico  $\geq 150$  células/mL e  $\geq 300$  células/mL, respectivamente.
- 75 O mepolizumabe e o benralizumabe são anticorpos monoclonais antirreceptores de interleucina 5 e anti-interleucina 5, respectivamente.

Um homem de 57 anos de idade, advogado, previamente hígido, apresenta-se para avaliação médica com queixa de lombalgia, associada a dorsalgia, astenia, hiporexia e emagrecimento (7 quilogramas no período) e fadiga há 8 meses. Nega tabagismo, etilismo, história de neoplasias malignas familiares. Passou por múltiplos atendimentos em unidades de pronto atendimento, recebendo tratamento sintomático e liberado. No último atendimento foi prescrito sulfato ferroso por suspeita de anemia. Sem melhora e com piora progressiva (a dor começou a limitar atividades de vida diária), passou em consulta ambulatorial onde realizou diversos exames complementares (entre os quais 2 são mostrados abaixo – tomografia de coluna e um exame laboratorial coletado do sangue). No exame físico apresenta sinais vitais dentro da normalidade; está lícido e orientado no espaço e tempo, hipocorado ++/4+, anictérico, acianótico, afebril; demonstra limitação de movimentação tanto passiva quanto ativa por dor da coluna em toda sua extensão; apresenta, ainda, dor à digitopressão em protuberâncias ósseas em topografia de vértebras.

Com base nesse quadro clínico, julgue os itens de **76 a 86**.

- 76 Embora a maioria das lombalgias aguda (duração  $\geq 4$  semanas) sejam por afecções musculares paravertebrais, lombalgias crônicas (duração  $\geq 12$  semanas) devem ser avaliadas com maior cautela, principalmente se houver sinais de alerta como idade, cronicidade, perda ponderal involuntária e associação de sintomas sistêmicos.
- 77 O exame laboratorial mostrado é uma eletroforese de proteínas séricas que mostram componente monoclonal em região beta-2.
- 78 Para avaliar lombalgia com *red-flags*, os exames iniciais que podem ser solicitados são os seguintes: hemograma, ureia, creatinina, cálcio sérico, imagem de coluna e eletroforese de proteínas séricas.
- 79 Entre os diversos exames complementares pedidos está o hemograma, que pode mostrar anemia da inflamação.
- 80 O achado de hemácias com formações em *rouleaux* é o que sugere a principal hipótese diagnóstica nesse caso.
- 81 É esperado para o quadro em questão aumento de creatinina e ureia bem como hipocalcemia.
- 82 Fazem parte dos próximos exames complementares não invasivos a serem pedidos a imunofixação de proteínas séricas e urinárias de 24 horas, a dosagem de imunoglobulinas de cadeias pesadas IgG, IgM e IgA, a imunoglobulinas de cadeias leves livres *kappa* e *lambda* e a relação *kappa/lambda*.
- 83 Com base na anamnese, no exame físico e nos exames complementares apresentados, a principal hipótese a se pensar é a paraproteïnemia, cujo principal diagnóstico nosológico é o mieloma múltiplo.
- 84 A imunofenotipagem de aspirado de medula óssea do quadro em tela tem alta chance de mostrar células com citoplasma amplo e fortemente marcadas com CD 138 à imuno-histoquímica em percentual  $>10\%$ .
- 85 A principal cadeia pesada identificada no mieloma múltiplo é do tipo IgM, daí o termo em inglês “*M-pike*” para proteína M ou proteína monoclonal.
- 86 É necessária a avaliação para exclusão de amiloidose em casos de mieloma múltiplo, principalmente se houver estigmas da doença.



Um homem de 50 anos de idade, com queixa de palpitações, dispnéia, mal-estar, sudorese profusa seguida de síncope há 40 minutos, dá entrada no pronto-socorro médico (PSM). Relata última refeição há cerca de uma hora. Nunca apresentou episódios prévios semelhantes e tem história de morte súbita na família. Paciente previamente hipertenso em acompanhamento regular em unidade básica de saúde. No exame físico apresenta: regular estado geral; corado; pressão arterial de 136 x 82 mmHg; frequência cardíaca de 90 batimentos por minuto; saturação periférica de oxigênio de 94% (ar ambiente); pulsos presentes, simétricos, amplos e com frequência respiratória de 12 incursões por minuto; e ausculta cardiopulmonar sem alterações dignas de nota. Solicita-se eletrocardiograma (ECG). O ECG (25 mm/s; 10 mm/mV) do paciente é mostrado acima.

Com base no caso hipotético apresentado e nos conhecimentos correlatos suscitados por ele, julgue os itens de **87 a 95**.

- 87** Trata-se de infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST com dor torácica atípica e está indicada terapia de reperfusão, sendo opção preferencial a intervenção coronária percutânea, se disponível.
- 88** Apesar do quadro de síncope do paciente, nessa avaliação ele está assintomático e deverá ser observado por 8 horas após *ictus* sendo liberado para casa com encaminhamento para investigação ambulatorial, ainda que haja alteração eletrocardiográfica não correlacionada ao quadro.
- 89** O quadro em tela é exemplo típico de síncope reflexa, resultante do fato de o paciente ter se alimentado minutos antes, ter recuperado totalmente o *status* clínico e apresentar exame físico sem alterações dignas de nota.
- 90** Ferramentas como o *escore San Francisco syncope rule* auxiliam na conduta frente a quadros de síncope. O paciente em questão faz 1 ponto (de um total de 5) e, portanto, a ocorrência de desfecho é de não risco. Favorece investigação ambulatorial.
- 91** O eletrocardiograma, embora de fácil realização e grande valia no diagnóstico diferencial de síncope, apresenta baixa sensibilidade.
- 92** Uma causa de síncope é a hipotensão postural definida como queda da pressão arterial sistólica  $\geq 20$  mm Hg, queda diastólica  $\geq 10$  mm Hg ou queda sistólica  $<90$  mm Hg, após ser aferida com o paciente em posição supina seguida de medida ortostática após 3 minutos de intervalo.
- 93** Considerando-se a principal hipótese diagnóstica e levando-se em conta quadro clínico e eletrocardiográfico, ao paciente em questão estão indicados *holter* de 24 horas e o *tilt test*.
- 94** Está indicada internação para investigação hospitalar para o quadro em tela apesar de o paciente fazer apenas 1 ponto no *escore de San Francisco syncope rule*.
- 95** O eletrocardiograma sugere síndrome de brugada tipo 2.



A respeito de síndromes paraneoplásicas e seus conhecimentos correlatos, julgue os itens de **96 a 100**.

- 96** A encefalite límbica tem quadro lento e progressivo de piora cognitiva assemelhando-se a quadro de demência insidiosa com sintomas como perda de memória de curto prazo, labilidade do humor e sintomas depressivos.
- 97** Os quadros de encefalites anti-NMDA estão associados em geral a teratomas ovarianos e tumores germinativos.
- 98** Na miastenia *gravis*, na qual ocorre disfunção da placa pós-sináptica da junção neuromuscular por ataque de auto-anticorpos contra receptores de acetilcolina, exame de imagem de tórax não auxiliará na definição da causa, em razão do caráter puramente autoimune da doença.
- 99** É altamente sugestivo de síndrome de Eaton-Lambert o quadro de fraqueza muscular, principalmente de cinturas escapular e pélvica com diminuição dos reflexos tendíneos em pacientes homens com grande carga tabágica e massa pulmonar.
- 100** Pacientes com quadro de *flushing*, diarreia, palpitações, calor, broncoespasmo têm como diagnóstico diferencial síndrome carcinoide; e a detecção pode ser feita pela dosagem de ácido 5-hidroxi-indolacético em urina de 24 horas.