

Nome:

Sala:

Documento de identidade:

Inscrição:

Cidade de prova:

Sequência:



COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA (COREME)

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA ADMISSÃO DE MÉDICOS RESIDENTES – 2024

CLÍNICA MÉDICA

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 código 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:

“O coração com saúde é a vida da carne”

- 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.

Informações

- 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.



Cada um dos itens da prova objetiva está vinculado ao comando que imediatamente o antecede. De acordo com o comando a que cada um deles esteja vinculado, marque, na Folha de Respostas, para cada item: o campo designado com o **código C**, caso julgue o item **CERTO**; ou o campo designado com o **código E**, caso julgue o item **ERRADO**. A ausência de marcação ou a marcação de ambos os campos não serão apenadas, ou seja, não receberão pontuação negativa. Para as devidas marcações, use a Folha de Respostas, único documento válido para a correção da sua prova objetiva.

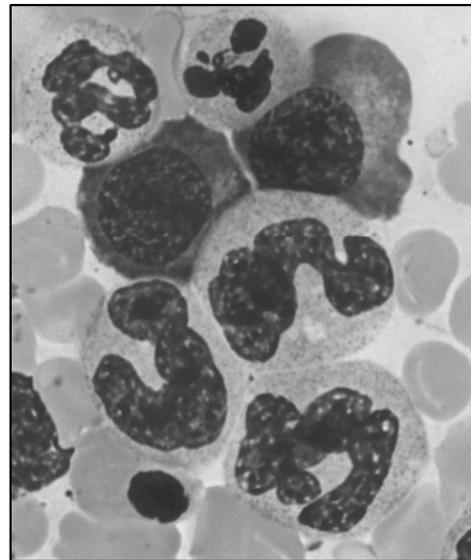
CLÍNICA MÉDICA



Uma mulher de 42 anos de idade apresenta queixa de "anemia de longa data". À revisão de sistemas, relata episódios recorrentes de epistaxe espontâneas desde a infância, com múltiplas idas ao Pronto Atendimento, especialmente em dias de clima seco. A paciente informa ter tratado a anemia anteriormente com diferentes reposições de sulfato ferroso, mas sem alcançar a cura. Destaca que considera isso normal, pois seu pai, irmãos e sobrinha enfrentam quadros semelhantes. Quanto aos antecedentes, não apresenta comorbidades prévias. No exame físico, observa-se palidez cutaneomucosa e a presença de várias telangiectasias cutâneas, algumas localizadas nas palmas das mãos e plantas dos pés, além de afetar a mucosa oral conforme imagem acima.

Considerando o quadro clínico apresentado, bem como os assuntos correlatos, julgue os itens a seguir.

- 1 Infere-se do texto que o quadro possa ser decorrente de uma doença autossômica dominante.
- 2 Conclui-se do quadro exposto que o paciente em questão tem 3 de 4 critérios os quais são utilizados para diagnóstico clínico da condição apresentada.
- 3 A principal hipótese a ser aventada para quadro clínico exposto é Síndrome de Osler-Weber-Rendu.
- 4 Embora seja rara Actinomicose do sistema nervoso central, abscessos cerebrais únicos ou múltiplos são os mais comuns e a condição clínica do paciente aumenta o risco de abscessos cerebrais por *Actinomyces* como potencial agente etiológico.
- 5 A suspeita diagnóstica pode ser reduzida, principalmente em áreas de clima seco, onde a umidade do ar frequentemente atinge níveis muito baixos, favorecendo a ocorrência de epistaxes, especialmente em crianças.



Uma mulher de 54 anos de idade relata fadiga, dispnéia em esforços intensos, lipotímia, palpitações e perda de peso não quantificada nos últimos seis meses. Não menciona restrições alimentares, porém, refere síncope há um mês. Informa que foi hospitalizada recentemente, recebendo transfusão sanguínea devido a uma "importante alteração no sangue". Antecedentes médicos incluem hipertensão arterial sistêmica, obesidade, hipotireoidismo, esteatose hepática e dislipidemia, negando tabagismo e etilismo. Na história familiar, destaca-se a presença de artrite reumatoide na mãe, que está em tratamento com anti-hipertensivos e hipolipemiantes. No exame físico, observa-se palidez cutaneomucosa, sem outras alterações evidentes. Os exames laboratoriais revelam hemoglobina de 9,8 g/dL, hematócrito de 37,4%, VCM de 114 fL, HCM de 41 e leucograma com quantitativo sem alterações notáveis, exceto por uma anomalia visualizada no esfregaço de sangue periférico, conforme imagem apresentada acima.

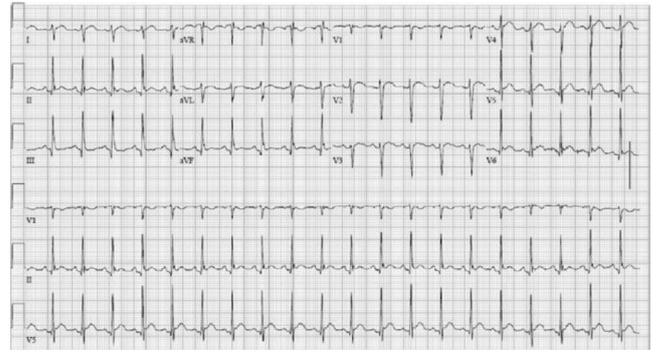
Considerando o quadro clínico, exames laboratoriais e achado de série branca e assunto correlatos que o caso clínico suscita, julgue os itens que subsecutivos.

- 6 A principal hipótese diagnóstica etiológica é deficiência de vitamina B12.
- 7 É frequente a coexistência de Hipotireoidismo de Hashimoto com a deficiência de vitamina B12 como etiologia do quadro.
- 8 Confirmada a principal hipótese diagnóstica para o caso, há risco aumentado para adenocarcinoma gástrico.

Paciente de 54 anos de idade, trabalhador na construção civil, previamente etilista (consumo diário de 1 litro de cachaça por 30 anos), apresenta história de hematemese de grande monta há aproximadamente uma hora e meia. Sabidamente hepatopata devido à cirrose de origem alcoólica, porém, com adesão irregular ao tratamento. O filho relata que nos últimos dias o paciente demonstrava confusão mental e episódios de "esquecimento", ocasionalmente apático. Logo depois, foi encaminhado à Sala de Emergência. No exame físico, o paciente encontra-se desorientado, sonolento, com confusão mental evidente, icterícia ++/4+, extremidades frias e úmidas; mioclonias; *flapping*; reflexos hipoativos; abdome distendido com sinais de ascite moderada; exame de toque retal com sangue em dedo de luva; frequência cardíaca de 140 bpm; frequência respiratória de 30 irpm; pressão arterial 82x50 mm Hg; temperatura axilar de 36,6° C; glicemia capilar de 92 mg/dL; SpO₂: 90% (com curva irregular no monitor). Na cateterização vesical de demora, a diurese é quantificada em 6 mL/kg/hora. Os exames laboratoriais mostram hemoglobina de 12 g/dL; hematócrito de 36%; leucograma sem alterações notáveis; TGO 90 U/L; TGP 45 U/L; 130 U/L; creatinina: 1,0 mg/dL; ureia 44 mg/dL; albumina: 3,5 g/dL; bilirrubina total 3,2 mg/dL; INR 2,1.

Considerando o quadro clínico e assuntos correlatos, julgue os itens que se seguem.

- 9 Infere-se do quadro clínico encefalopatia West Haven classificação IV.
- 10 Depreende-se do texto classificação de Child-Pugh classe C, pois paciente pontua >10 pontos.
- 11 O MELD (*Model for End-stage Liver Disease*), utilizado para deixar mais objetiva a urgência de transplante hepático, é um valor numérico determinado por critérios clínicos.
- 12 O paciente apresenta choque hipovolêmico hemorrágico classe IV.
- 13 Está indicada paracentese diagnóstica para todos os pacientes com ascite admitidos em Pronto Atendimento.
- 14 Se indicada paracentese para o paciente em questão espera-se um gradiente albumina soro-ascite é esperado como maior ou igual a 1,1 g/dL.
- 15 Está indicada de imediato endoscopia digestiva alta com sendo preferível terapia com ligadura elástica para interromper sangramento.
- 16 Em pacientes cirróticos com ascite neutrofilica está indicada cefotaxima mesmo na ausência teste de Gram negativo.



Uma mulher de 68 anos de idade foi encontrada solitária em sua residência e conduzida ao pronto-socorro pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A equipe do SAMU foi acionada por vizinhos que a encontraram em estado de confusão. Informações adicionais sobre seu histórico não foram fornecidas. Após a realização dos cuidados iniciais, a paciente foi transferida. No exame físico, observa-se confusão, sonolência e diminuição do nível de atenção, com níveis de saturação de oxigênio em torno de 92% em ar ambiente, frequência respiratória dentro dos parâmetros normais e glicemia capilar de 99 mg/dL.

De acordo com o caso clínico hipotético apresentado, julgue os próximos itens.

- 17 A conduta imediata para a paciente em questão é furosemida endovenosa após estabelecer acesso venoso.
- 18 Trata-se de principal causa de distúrbio hidroeletrólítico em pacientes internados.

Uma mulher de 64 anos apresenta lombalgia persistente há 7 meses, sem histórico de trauma local. Seu quadro clínico é marcado por comorbidades em tratamento regular, incluindo hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemia e menopausa há 10 anos. No exame físico, a paciente manifesta dor à palpação dos processos espinhosos vertebrais e leve desconforto durante a mobilização passiva. Os resultados dos exames laboratoriais indicam hemoglobina de 11,5 g/dL; hematócrito de 34,5%; creatinina de 1,0 mg/dL; cálcio total de 11,8 mg/dL; fosfatase alcalina de 126 UI/L; fósforo de 2,3 mg/dL; vitamina D de 15 ng/mL; PTH de 50 pg/mL; e CPK de 302 UI/L.

A respeito do caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

- 19 A principal hipótese diagnóstica para a paciente é Hiperparatireodismo Primário.
- 20 Mieloma Múltiplo é hipótese mais provável que hiperparatireodismo primário para o quadro em tela.



Diagnosis in color PHYSICAL SIGNS IN GENERAL MEDICINE second edition. Michael Zatouroff FRCP Lond. Physician The London Clinic.

Considerando a Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis bem como seu Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, a imagem apresentada e os conceitos clínicos e epidemiológicos correlatos ao tema, julgue os itens que se seguem.

- 21** Além de corrimento mucoide a purulento, as Síndromes de Corrimento Uretral podem causar dor, disúria, estranguria e eritema do meato uretral e seus principais agentes etiológicos são *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia pneumoniae*.
- 22** Em uretrites sintomáticas não gonocócicas, agentes etiológicos como *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Trichomonas vaginalis*, *Herpes Simplex Virus*, Adenovírus e *Candida* podem ser a causa.
- 23** A Síndrome de Reiter é comumente confundida com uretrites infecciosas, mas trata-se de entidade de fundo autoimune e não infeccioso.
- 24** Pacientes com uretrites, na indisponibilidade de laboratório, devem ser notificados e encaminhados para unidades sentinelas para terem material coletado com vistas à Vigilância Epidemiológica.
- 25** No caso em que não há disponibilidade de laboratório para identificação do agente etiológico em uma uretrite, ou quando a identificação do agente não é possível, recomenda-se o tratamento com ceftriaxona, administrada em dose única de 500 mg por via intramuscular, em conjunto com doxiciclina, 100 mg por comprimido, administrada via oral duas vezes ao dia, ao longo de 7 dias.
- 26** Pacientes com úlcera genital, em um contexto onde não há acesso a laboratório e a evolução é inferior a 4 semanas, devem receber tratamento empírico para abranger tanto a infecção por *Treponema pallidum* quanto por *Haemophilus ducreyi*.
- 27** No caso de falta de resposta ao tratamento empírico recomendado, inclusive para o linfogranuloma venéreo, em pacientes sem acesso a laboratório e com úlcera persistente por mais de 4 semanas, é aconselhável encaminhar o paciente para avaliação e biópsia, visando diferenciar entre Donovanose e lesão maligna.



Um paciente, que apresentava fatores de risco para Infecção Sexualmente Transmissível, procurou o pronto atendimento com queixas de lesões papulares eritematosas nas mãos e nos pés. Apesar de testes treponêmicos e não-treponêmicos negativos há 11 meses, foi diagnosticada sífilis, e o tratamento adequado foi iniciado. Em menos de 12 horas, o paciente experimentou uma piora nas lesões existentes, além do surgimento de um *rash* cutâneo generalizado, mal-estar, sensação febril e artralgia generalizada.

Considerando o quadro clínico, as imagens e assuntos correlatos ao caso apresentado, julgue os seguintes itens.

- 28** Trata-se de um caso de reação alérgica do tipo II, conforme a classificação de Gell e Coombs. Recomenda-se encaminhar o paciente para avaliação ambulatorial em Imunologia, a fim de realizar a dessensibilização à penicilina. Isso visa prevenir possíveis episódios de anafilaxia em futuros usos do medicamento, mesmo de forma tardia, pois o fármaco permanece depositado no músculo e não pode ser removido.
- 29** A classificação clínica para este paciente é de Sífilis recente.
- 30** Caso a dessensibilização à penicilina não for possível, o paciente não poderá mais utilizar esse medicamento devido ao risco de reações alérgicas graves. Nesse cenário, a ceftriaxona é indicada para tratar possíveis episódios subsequentes da infecção.

A respeito de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) primária, risco cardiovascular, sua terapêutica, bem como seus aspectos epidemiológicos, julgue os itens subsequentes.

- 31** Esta é uma condição de alta prevalência, especialmente à medida que a idade avança. O aumento da idade está predominantemente associado a um aumento na pressão arterial sistólica, que é mais desafiador de tratar farmacologicamente em comparação com a pressão arterial diastólica.
- 32** O aumento da pressão arterial resulta em contínuo aumento do risco cardiovascular independente de outros fatores.
- 33** Embora o risco cardiovascular seja multifatorial, a pressão arterial tem grande importância daí sua necessidade de rastreamento como prevenção primária.

A 1ª consulta é realizada com os objetivos de confirmar o diagnóstico e verificar a possibilidade de se tratar de hipertensão secundária, identificar comorbidades, identificar lesões de órgãos-alvo e estratificar o risco cardiovascular global para planejamento terapêutico.

Manual do residente de clínica médica. Maria Helena Sampaio
Favarato et al. 3.ª ed. - Santana de Parnaíba [SP]:
Manole, 2023, (com adaptações).

Considerado o texto de caráter apenas informativo e considerando a relevância do tema, bem como conhecimentos e conceitos correlatos, julgue os itens a seguir.

- 34** As indicações para a determinação do índice tornozelo-braquial incluem pessoas com idade entre 50 e 69 anos que são tabagistas diabéticos. Além disso, em indivíduos com idade superior a 70 anos, um valor superior a 0,9 no índice tornozelo-braquial indica a presença de doença arterial periférica, representando um maior risco cardiovascular.
- 35** Em primeira consulta em paciente com possível HAS, são necessários exames de rotina laboratoriais e de imagens imprescindíveis como: urina tipo 1, potássio, creatinina, glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicerídeos, ácido úrico, eletrocardiograma, radiografia de tórax, ecocardiograma, microalbuminúria e Doppler de carótidas.
- 36** O paciente, apresentando hipertrofia ventricular esquerda no eletrocardiograma, uma espessura médio-intimal da carótida inferior a 0,9 mm e uma velocidade de onda de pulso carótido-femoral superior a 10 m/s, juntamente com uma pressão arterial de 138x86 mmHg, é categorizado como de baixo risco para lesão de órgão-alvo.

A hipertensão arterial é doença cardiovascular muito prevalente na população, aumentando de 9% entre 20 e 30 anos de idade para 50% dos indivíduos acima dos 50 anos de idade. A maioria é descrita como hipertensão essencial ou idiopática, cujas raízes estão na predisposição genética e sobrecarga de sódio na dieta e do peso corporal. Cerca de 5% dos indivíduos hipertensos têm uma causa definida para a elevação dos níveis pressóricos – são os portadores de hipertensão secundária.

Manual do residente de clínica médica. Maria Helena Sampaio
Favarato et al. 3.ª ed. Santana de Parnaíba/SP:
Manole, 2023 (com adaptações).

Considerado o texto de caráter apenas informativo e considerando a relevância da suspeita e diagnóstico precoce da hipertensão arterial secundária, bem como conceitos e assuntos correlatos, julgue os próximos itens.

- 37** Na suspeita de hipertensão arterial sistêmica (HAS) secundária, o primeiro passo é solicitar uma ultrassonografia para rastreamento, incluindo o Doppler de artérias renais. Isso se deve ao fato de que a aterosclerose da artéria renal é a principal causa de hipertensão renovascular.
- 38** Hipertensão resistente tem conceito diferente de HAS secundária e não há relação entre as duas.
- 39** São etiologias de HAS secundária em pessoas com idade maior ou igual a 65 anos: estenose de artéria renal aterosclerótica, falência renal (*clearance* <15mL/1,73/m²/min e hipotireoidismo).
- 40** Um homem de 38 anos, trabalhador rural, com histórico de pressão arterial elevada em uma ocasião, retorna para consulta. Ele não é adepto de medicamentos e está utilizando uma "garrafada de raízes-doce", um costume local, sem sucesso aparente. No entanto, sua pressão arterial está elevada (200x170 mmHg) e ele é assintomático. Os exames laboratoriais revelam alcalose metabólica, hipocalemia e hiporreninemia. Diante desses achados, a principal hipótese diagnóstica neste caso é o hiperaldosteronismo.

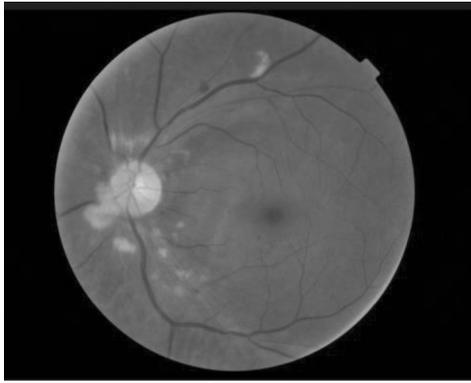


Figura I

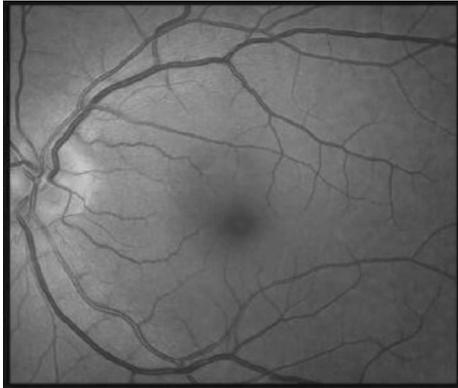


Figura II

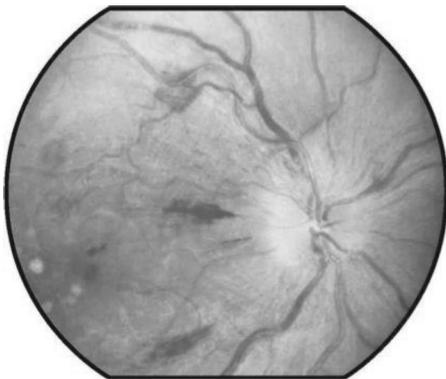
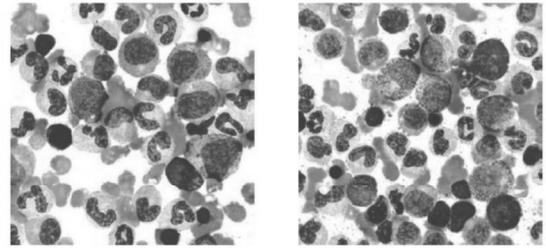


Figura III

Ophthalmology. Myron Yanoff, Jay S. Duker, fifth edition, 2019. Elsevier Inc. All rights reserved; Referência: **Manual do residente de clínica médica**. Maria Helena Sampaio Favarato et al. 3.ª ed. Manole, 2023.

Considerando as imagens acima, bem como aspectos das Retinopatas Hipertensiva e Diabéticas e a Classificação de Keith-Wagener-Barker (KWB) e seus assuntos correlatos, julgue os itens seguintes.

- 41 Infe-re-se da figura I que retinopatia diabética poderia ser um diagnóstico diferencial.
- 42 A retinopatia hipertensiva pode ter uma primeira fase vasoconstritora na qual vasos retinianos flexíveis e não escleróticos aumentam seu tônus vascular. O achado geralmente é o estreitamento arteriolar (Classificação KWB grau 1) e indica quadro hipertensivo arterial sistêmico crônico assim como o grau 2.
- 43 Depreende-se da figura II cruzamento arteriovenoso patológico classificado como KWB grau 1.
- 44 A figura III mostra retinopatia grau 4 de KWB.



Um paciente de 48 anos foi encaminhado da Medicina do Trabalho para avaliação após exames admissionais. Ele é assintomático, sem queixas, previamente saudável, sem histórico de viagens recentes e tem uma única parceira. Antes de ser encaminhado ao ambulatório de Hematologia, foram excluídas diversas infecções, tanto virais quanto bacterianas. No exame físico, não foram observados achados dignos de nota, exceto por um baço palpável a 5 cm do rebordo costal esquerdo. O hemograma revelou uma série vermelha sem alterações dignas de nota, leucocitose de 63.000 células/mm³, predominantemente de neutrófilos, e discreta plaquetose. As imagens acima mostram a lâmina de sangue periférico (LSP). A avaliação medular indicou tratar-se de uma patologia em fase crônica.

Considerando o quadro clínico exposto, a LSP bem como conceitos correlatos, julgue os itens subsequentes.

- 45 Do quadro clínico e laboratorial, é possível inferir a presença de um distúrbio mieloproliferativo de granulócitos, que, no cariótipo, é frequentemente associado à translocação entre os cromossomos 9 e 22 na maioria dos casos.
- 46 A patologia em questão resulta da transcrição do gene de fusão *breakpoint cluster region protein* com o *Abelson murine leukemia viral oncogene homolog 1*.
- 47 Deduz-se da imagem presença de eosinófilos, sendo a eosinofilia comum para o quadro em tela.
- 48 Espera-se celularidade aumentada à avaliação de medula óssea com blastos usualmente menores que 5%.
- 49 No caso, o tratamento é feito com mesilato de imatinibe, um inibidor de tirosina quinase.
- 50 Pode-se utilizar a hidroxiureia para leucorredução mesmo sem o diagnóstico confirmado.

A respeito de Síndromes Paraneoplásicas (SP), sua epidemiologia, conceitos e assuntos correlato, julgue os itens.

- 51 A SP indica condições clínicas cuja causa podem ser tanto tumores benignos quanto malignos, mas que não estão relacionadas diretamente com efeito de massa e nem com a invasão do tumor primário.
- 52 Epidemiologicamente os tumores carcinoides e neuroendócrinos – como o carcinoma de pulmão de pequenas células – juntos são a causa mais comum de SPs.
- 53 São exemplos de SPs endócrinas: hipercalcemia por excesso de PTHrP, hiponatremia por aumento de vasopressina, síndrome de *Cushing*, mas não as que cursam com diarreia ou hiper mobilidade intestinal.
- 54 Desiodinase tipo 3, no contexto de hemangiomas hepáticos, podem causar hipotireoidismo consumptivo paraneoplásico.

- 55** A hipercalcemia da malignidade apresenta diversos mecanismos fisiopatológicos, variando de acordo com a etiologia. Entre as causas mais comuns associadas ao mecanismo humoral, destacam-se neoplasias nos pulmões, cabeça, pescoço, pele e esôfago, bem como na mama. No entanto, não é comum observar esse mecanismo em casos de mieloma e linfomas.
- 56** As SPs hematológicas não são tão bem caracterizadas quanto as propriamente endócrinas, uma vez que a presença de hormônios ectópicos ou citocinas não foi descrita na maioria dos tumores hematológicos.
- 57** Distúrbios autoimunes paraneoplásicos e disfunção de órgãos, que não têm acometimento direto e cuja patogênese não está definida, ocasionalmente persistem mesmo após a retirada ou tratamento bem-sucedido do tumor.
- 58** Em pacientes do sexo feminino, com 22 anos de idade, que apresentam encefalite por anticorpo contra N-metil-D-aspartato (NMDA) e respondem bem ao tratamento, é aconselhável realizar o rastreamento para teratomas ovarianos uni ou bilaterais.



Considerando ainda as SPs. E as imagens apresentadas, julgue os itens a seguir.

- 59** É correto inferir que o paciente das imagens pode estar associado a uma SP relacionada ao timoma.
- 60** O paciente apresentado nas imagens pode ter uma SP relacionada a neoplasia maligna de pulmão.
- 61** Em caso de SP por timoma o mecanismo fisiopatológico é pré-sináptico.
- 62** Se o quadro representar SP relacionada à neoplasia maligna de pulmão a fisiopatologia é relacionada à mecanismos pós-sináptico.

Uma mulher de 32 anos, encaminhada ao Ambulatório de Medicina Interna para consulta pré-operatória (implante de prótese mamária), apresenta uma história pessoal marcada por fluxo menstrual regular, porém intenso, chegando a utilizar até 10 absorventes por dia, com duração de 5-7 dias. Além disso, relata a presença de "manchas roxas" após pequenos traumas e episódios de epistaxe, tanto espontânea quanto associada a pequenos traumas em tempo seco. Esses sintomas são também observados em sua mãe e irmã. Os exames laboratoriais revelam anemia microcítica e hipocrômica, com hemoglobina de 10,9 g/dL e reticulócitos de 1,5%. A série branca não apresenta alterações, e as plaquetas estão dentro da faixa normal ($300.000/mm^3$). O coagulograma mostra um tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPa) elevado ($R=1,45$), enquanto o índice internacional normalizado (INR) encontra-se em 1,2 (TP).

Considerando o quadro clínico apresentado, bem como os conceitos que ele suscita sobre distúrbios de hemostasia, julgue os itens subsequentes.

- 63** Depreende-se do quadro em tela distúrbio de hemostasia primária do tipo qualitativo.
- 64** São distúrbios de hemostasia primária qualitativo: Trombastenia de Glanzmann, Síndrome de Bernard-Soulier, uremia, e paraproteinemias como Macroglobulinemia de Waldenström e Mieloma Múltiplo.
- 65** Fármacos como abciximabe, eptifibatide e tirofiban, utilizados em intervenção coronariana percutânea "mimetizam" a Trombastenia de Glanzmann, pois inibem os sítios de receptor GPIIB/IIIa.
- 66** Quanto ao alargamento de TTPa, infere-se deficiência de fator VIII.
- 67** A principal hipótese diagnóstica no caso é Hemofilia A.

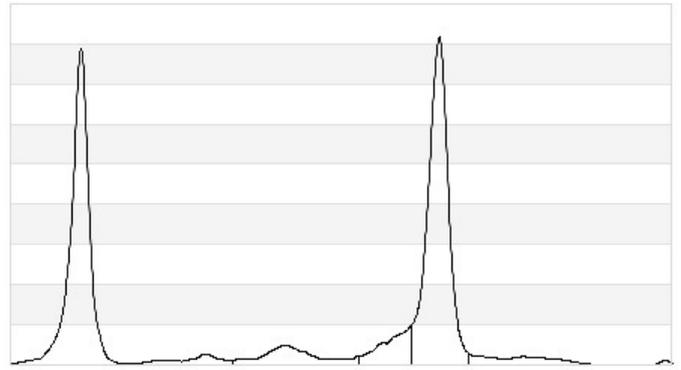
Um paciente de 18 anos, com histórico anterior de diabetes mellitus tipo 1, desenvolveu cetoacidose respiratória após uma infecção recente. Os resultados dos exames laboratoriais indicam Sódio: 136 mEq/L, Albumina: 3,5 g/dL, Cloro: 100 mEq/L, pH: 7,20, PaCO₂: 30, e HCO₃⁻: 10.

Com base nesse caso clínico hipotético, julgue os próximos itens.

- 68** Depreende-se do quadro que o paciente apresenta distúrbio misto: acidose metabólica e acidose respiratória.
- 69** O distúrbio primário consiste em acidose metabólica, com um aumento do ânion-gap calculado em 26.
- 70** Do quadro clínico e laboratorial, infere-se uma queda desproporcional do bicarbonato em relação ao aumento do ânion-gap, levando à conclusão de uma acidose metabólica de ânion-gap normal associada.

Em relação a Tromboembolismo Pulmonar (TEP), sua apresentação clínica, epidemiologia e algoritmos diagnósticos, julgue os itens subsecutivos.

- 71** A tríade clássica que ocorre na maioria dos casos de TEP consiste em dispneia, dor torácica pleurítica e hemoptise, sendo a dispneia o sintoma mais frequentemente relatado.
- 72** Embora os achados clínicos sejam extremamente variáveis, eles tendem a se concentrar no sistema cardiovascular e pulmonar, não incluindo, entre eles, sintomas neurológicos..
- 73** Devido à elevada pressão na vasculatura pulmonar obstruída, pode ocorrer hipofonese da segunda bulha cardíaca (B2) devido ao atraso no fechamento da valva, bem como um sopro auscultado no foco tricúspide.
- 74** O conhecido escore YEARS, publicado no The Lancet em 2017, possibilita a confirmação de TEP mesmo em pacientes que não apresentem todos os achados clínicos típicos, como sinais de trombose venosa profunda, hemoptise e TEP como principal hipótese diagnóstica, desde que o nível de dímero seja menor que 1.000 microgramas/mL.
- 75** O achado mais comum ao eletrocardiograma é a Síndrome S1T3Q3.
- 76** Para pacientes acima de 50 anos de idade o *Pulmonary Embolism Rule-Out Criteria* (PERC) permite excluir a hipótese de TEP.



Acerca de paraproteinemias e conceitos correlatos, bem como a imagem apresentada, julgue os itens seguintes.

- 77** A imagem acima apresenta uma eletroforese que revela um clássico pico monoclonal na região gama, sendo esse pico monoclonal compatível com Mieloma Múltiplo.
- 78** A imunofixação de sangue e de urina do mesmo paciente da eletroforese provavelmente mostrará uma cadeia pesada de imunoglobulina G e uma cadeia leve kappa.
- 79** São fatores prognósticos no Mieloma Múltiplo beta-2-microglobulina sérica, albumina sérica, lactato desidrogenase e anormalidade cariotípica para Mieloma.

Julgue os itens relativos ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), incluindo suas definições e conceitos.

- 80** AIDS costuma ser o estágio final da infecção por HIV e é definida por contagem de CD4 < 200 células/mm³ ou desenvolvimento de infecções oportunistas ou neoplasias como o Sarcoma de Kaposi ou Linfoma de Hodgkin.
- 81** Mesmo com o advento da terapia antirretroviral (TARV), trata-se da complicação respiratória mais comum.

A respeito da Peritonite Bacteriana Espontânea (PBE), conceitos e assuntos correlatos, julgue os itens a seguir.

- 82** Pacientes cirróticos e com ascite tem gradiente albumina soro-ascite $>1,1$ g/dL e são de alto risco para PBE.
- 83** A PBE é definida como polimorfonucleares maior ou igual no líquido ascítico após punção diagnóstica 250 células/mm³.
- 84** Está contemplada na conduta para todo paciente com PBE a prescrição de albumina no D1 de 1,5 g/kg e, D3, 1 g/kg.

A respeito de Hemorragia Digestiva Alta (HDA), sua epidemiologia, conceitos e condutas médicas, julgue os itens que se seguem.

- 85** É definida como sangramento no lúmen do intestino proximal ao ligamento de Treitz e pode acometer esôfago, estômago ou duodeno.
- 86** Úlceras pépticas perfazem um percentual importante das HDAs e estão associados a fatores como infecção pelo *Helicobacter pylori*, estresse fisiológico, sepse e choque.
- 87** Intoxicações exógenas ou alimentares que resultam em vômitos repetidos podem levar a HDA devido à Síndrome de Mallory-Weiss.
- 88** Sangramentos recorrentes, por vezes maciços e associados a várias endoscopias altas sem diagnóstico, sugerem a possibilidade de lesão de Dieulafoy.
- 89** O escore de Glasgow Blatchford, calculado com apenas parâmetros clínicos, deve ser sempre realizado em pacientes com HDA, com vistas à estratificação de risco de ressangramento.
- 90** Um importante instrumento na predição de risco de ressangramento, que pode até estimar chance de mortalidade em pacientes com HDA, é o escore de Rockall, devendo ser calculado tanto pré quanto pós-endoscopia.

Acerca da pesquisa científica, dos estudos epidemiológicos e de conhecimentos correlatos julgue os itens subsequentes.

- 91** Enquanto a pesquisa quantitativa se vale de maior rigor no quadro teórico e na formulação de suas hipóteses, a pesquisa qualitativa tende a interpretação holística do objeto e seu contexto.
- 92** São estudos agregados o ecológico e o transversal, sendo a principal diferença entre eles a cronológica. Enquanto um estudo ecológico pode avaliar várias medidas ao longo do tempo, um estudo transversal é realizado pontualmente.
- 93** Os estudos de caso-controle, por partirem de um desfecho (caso) é impossível de ser realizado de forma prospectiva. Diferente do estudo de Coorte que pode ser prospectivo ou retrospectivo.
- 94** Variável de confusão é uma variável que está associada a exposição estudada e ao desfecho, contudo, não se apresenta na cadeia de eventos causais.
- 95** Diferente dos vieses, que são erros estatísticos, fatores confundidores são erros na condução do estudo. Para serem totalmente sanados é necessário o redesenho e a recondução do estudo.
- 96** Os estudos randomizados apresentam a vantagem teórica de distribuir igualmente as características não estudadas entre os grupos, reduzindo ao máximo a presença de confundidores, uma vez que estarão em mesma proporção em ambos os grupos.
- 97** Metanálise é um estudo original que agrega resultados de trabalhos com diversas metodologias a fim e gerar a evidência mais forte disponível.
- 98** Estudos de coorte, apesar de terem custo elevado e exigirem logística complexa para sua realização, apresentam a capacidade de estudar múltiplos desfechos e múltiplas exposições.
- 99** Ensaio Clínico Randomizado, Ensaio Comunitário e Ensaio Breve são formas de estudos experimentais, do tipo individuado; agregado; e individuado, respectivamente.
- 100** A validade externa está relacionada aos aspectos metodológicos e estatísticos da pesquisa, que permite constatar que as conclusões de uma investigação sejam de fato válidas para a amostra estudada e, portanto, passível de generalização.



**ACOMPANHE O IBEST
NAS REDES SOCIAIS**



institutoibest



institutoibest



institutoibest