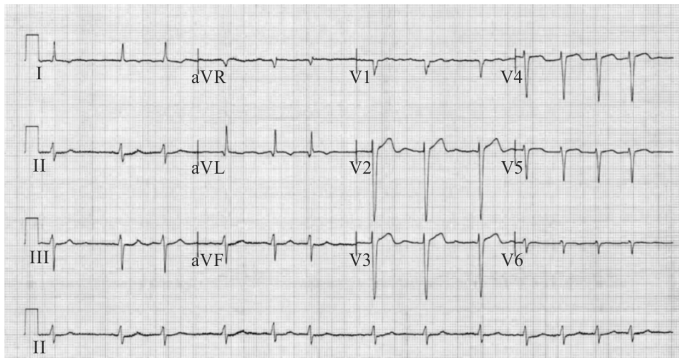


- Cada um dos itens da prova objetiva está vinculado ao comando que imediatamente o antecede. De acordo com o comando a que cada um deles esteja vinculado, marque, na **Folha de Respostas**, para cada item: o campo designado com o código **C**, caso julgue o item **CERTO**; ou o campo designado com o 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.
- No(s) item(ns) eventualmente constituído(s) pela estrutura **Situação hipotética**: ... seguida de **Assertiva**: ..., os dados apresentados como situação hipotética deverão ser considerados premissa(s) para o julgamento da assertiva proposta.
- Eventuais espaços livres — identificados ou não pela expressão “Espaço livre” — que constarem deste caderno de prova poderão ser utilizados para rascunhos.

## PROVA OBJETIVA

Uma paciente de sessenta e oito anos de idade, com hipertensão arterial sistêmica, foi despertada do sono por dor abdominal aguda e intensa, seguida de necessidade de evacuar, havia uma hora. A paciente estava em uso de ácido acetilsalicílico 100 mg e atenolol 50 mg, ambos uma vez ao dia. No exame clínico, verificou-se pressão arterial de 168 mmHg × 88 mmHg, ritmo cardíaco irregular em dois tempos sem sopros, abdome discretamente tenso, sem dor à descompressão brusca e com ruídos hidroaéros presentes. Constatou-se que a sua dor era desproporcional aos achados do exame físico. Os demais dados do exame físico foram normais. Os exames laboratoriais de rotina foram normais, incluindo a pesquisa de sangue nas fezes, amilase, lipase e lactato sérico. A seguir, é apresentado o eletrocardiograma dessa paciente (com calibração padrão).



Acerca desse quadro clínico, julgue os próximos itens.

- 1 A radiografia simples de abdome normal seria incompatível com esse caso.
  - 2 Está indicada a realização de uma tomografia computadorizada de abdome com contraste oral.
  - 3 Recomendam-se analgesia e o uso de antibióticos de largo espectro.
  - 4 Em casos semelhantes, a maioria dos pacientes poderá falecer se não for prontamente tratada.
- Com relação à reanimação cardiopulmonar (RCP), julgue os itens a seguir.
- 5 Durante a RCP, a pressão de perfusão coronária efetiva, que corresponde à pressão arterial diastólica, deve ser superior a 30 mmHg.
  - 6 Os benefícios do uso de epinefrina incluem a redução do déficit neurológico, o aumento da taxa de alta hospitalar e da chance de sobrevivência de pacientes após a parada cardíaca por fibrilação ventricular ou a taquicardia ventricular sem pulso.
  - 7 A atividade elétrica sem pulso é o mecanismo de parada cardíaca mais frequente encontrada no quadro de *commotio cordis*.
  - 8 Quando a hipoxemia for o motivo da parada cardiorrespiratória por atividade elétrica sem pulso, a instalação de uma via aérea definitiva terá prioridade em relação à obtenção de um acesso venoso.
  - 9 Nos indivíduos em que o tempo do colapso até a primeira tentativa de desfibrilação tenha sido maior que 5 min, recomenda-se terminar os esforços de RCP caso a medida do CO<sub>2</sub> ao final da expiração (ETCO<sub>2</sub>) seja inferior a 10 mmHg após 10 min de RCP.
- 
- Julgue os próximos itens, a respeito de asma.
- 10 A resposta inflamatória alérgica é iniciada com a interação entre linfócitos Th2 e alérgenos ambientais. Além de processarem e apresentarem os alérgenos na forma de antígeno a outras células do sistema imunológico, esses linfócitos contribuem para o início e a manutenção do processo inflamatório, produzindo interleucina 4 (IL-4), que tem papel importante no aumento da produção de anticorpos IgE específicos ao alérgeno.
  - 11 A asma é mais prevalente em regiões de clima seco do que em regiões de clima úmido.
  - 12 O omalizumabe, indicado para casos de asma alérgica persistente moderada a grave, é um anticorpo monoclonal IgG1 hom anticitocina odimérica TH2 que neutraliza os efeitos da interleucina-5.

Uma viúva com setenta e sete anos de idade, portadora de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) severa, foi atendida no pronto-socorro com piora da dispneia e da tosse produtiva. Ela recebeu a segunda alta hospitalar neste ano, havia três semanas, devido a DPOC exacerbada. A paciente vivia só e realizava as atividades habituais diariamente sem auxílio. Estava em uso regular de indacaterol e glicopirrônio. No exame físico, apresentava saturação de oxigênio (em ar ambiente) de 87%, frequência respiratória de 32 irpm, pressão arterial de 134 mmHg × 74 mmHg (média de três medidas), frequência cardíaca de 102 bpm e ritmo cardíaco regular em dois tempos sem sopros. A ausculta respiratória revelou ruídos adventícios presentes com estertores crepitantes em bases e sibilos esparsos. O restante do exame físico foi normal. Após três nebulizações com brometo de ipratrópio e bromidrato de fenoterol, houve melhora da frequência respiratória para 28 irpm e da saturação de oxigênio (em ar ambiente) para 89%. O exame físico não apresentou modificações significativas.

Acerca desse caso clínico, julgue os itens subsecutivos.

- 13 Para melhorar a função pulmonar e reduzir o risco de recaída precoce, pode-se indicar o uso de corticoide sistêmico por breve período.
- 14 Recomenda-se a substituição do glicopirrônio pelo brometo de ipratrópio, alta do pronto-socorro e retorno ao pneumologista em até três dias.
- 15 O resultado da prova de função pulmonar, demonstrando volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF<sub>1</sub>) pós-broncodilatador menor que 80% e maior ou igual a 50% do predito, seria compatível com o caso clínico descrito.
- 16 A N-acetilcisteína é uma opção terapêutica segura, visando à redução do número de exacerbações futuras.
- 17 A vacina anual contra *influenza* deve ser administrada considerando que ela não aumenta o risco de exacerbação aguda.

No que se refere à cardiomiopatia de Takotsubo, julgue os itens que se seguem.

- 18 A cardiomiopatia de Takotsubo caracteriza-se pela necrose de miócitos por lesão citoplasmática e nuclear, em decorrência de produtos do estresse oxidativo e efeitos das interleucinas 1 e 2, do interferon  $\gamma$  e do fator de necrose tumoral, e pela ativação do sistema imunológico com importante infiltrado inflamatório de células *natural killer* e macrófagos.
- 19 Os principais achados clínicos e de exames complementares dessa doença são presença de dor torácica, dispneia e síncope, inversão da onda T, supradesnivelamento do segmento ST, ondas Q patológicas e elevação dos níveis de troponinas cardíacas.
- 20 A ventriculografia esquerda geralmente demonstra abaulamento apical com acinesia ou discinesia, acometendo de metade a dois terços do ventrículo esquerdo, e está associada à hiperdinamia dos segmentos basais.
- 21 Betabloqueador, inibidor da enzima de conversão da angiotensina e anticoagulação oral são recomendados rotineiramente, com o objetivo de reduzir as principais complicações clínicas, como insuficiência cardíaca, taquicardia ventricular e fenômenos tromboembólicos.

Uma mulher com cinquenta e sete anos de idade, branca, casada, aposentada, natural e procedente de Brasília, foi atendida em um hospital com queixa de episódios súbitos de taquicardia, sudorese, náusea e palidez, havia dez meses. Tais episódios ocorriam cerca de duas a três vezes por semana, com duração aproximada de 20 min, de início súbito, sem fatores desencadeantes ou de alívio. Ela trouxe um relatório de alta hospitalar devido a internação por urgência hipertensiva e cefaleia havia dois meses e, desde então, usava losartana 100 mg e hidroclorotiazida 25 mg, ambos uma vez ao dia. Negou comorbidades. No exame físico, apresentou pressão arterial de 138 mmHg × 86 mmHg (posição sentada) e 112 mmHg × 64 mmHg (posição ortostática), frequência cardíaca de 96 bpm e ritmo cardíaco regular em dois tempos sem sopros. O restante do exame físico foi normal. Os resultados dos exames laboratoriais mostraram glicemia = 108 mg/dL, creatinina = 0,9 mg/dL, sódio = 140 mEq/L e potássio = 4,9 mEq/L. O eletrocardiograma revelou hipertrofia ventricular esquerda e os demais exames laboratoriais de rotina foram normais.

A respeito desse caso clínico, julgue os próximos itens.

- 22 Para confirmar o diagnóstico, deve-se indicar o *tilt test* e o *holter* de 24 h.
- 23 Recomenda-se a substituição da hidroclorotiazida pelo metoprolol.
- 24 Recomenda-se o uso de fluoxetina.

Considerando as diretrizes da American Stroke Association de 2018 para acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI), julgue os itens a seguir.

- 25 Devido ao maior risco de transformação hemorrágica, a alteplase intravenosa está contraindicada dentro de 3 h do início dos sintomas de AVCI para indivíduos com pontuação maior que 20 na NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale).
- 26 Ter idade maior que oitenta anos, com diagnóstico de acidente cerebral prévio, em uso de anticoagulantes orais e com exame de imagem que contenha evidência de lesão isquêmica em mais de um terço do território da artéria cerebral média, são critérios para excluir o uso de alteplase intravenosa de três até quatro horas e meia do início dos sintomas de AVCI.
- 27 Quando a alteplase intravenosa está indicada para pacientes em uso de terapia antiplaquetária combinada, recomenda-se substituir o uso da aspirina e do clopidogrel por um agente antiplaquetário intravenoso que iniba o receptor glicoproteína IIb / IIIa, permitindo, assim, pronta reversão em caso de hemorragia.
- 28 A compressão pneumática intermitente, além de cuidados rotineiros, reduz o risco de trombose venosa profunda em pacientes acamados com AVCI e sem contraindicações para o seu uso.

Com relação à síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), julgue os itens subsecutivos.

- 29 O uso de agentes antimicrobianos é a estratégia mais importante para prevenir as infecções oportunistas nessa síndrome.
- 30 A recorrência de infecções sexualmente transmissíveis em homens que se relacionam sexualmente com outros homens é um critério de indicação de profilaxia pré-exposição com a combinação dos antirretrovirais fumarato de tenofovir desopoxila e entricitabina.

A respeito de hipertensão arterial e de acordo com a 7.<sup>a</sup> Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, julgue os itens a seguir.

- 31 Hipertensão arterial é uma condição clínica caracterizada somente por picos pressóricos acima de 140 mmHg e(ou) 90 mmHg.
- 32 Quando houver suspeita de hipotensão ortostática, a pressão arterial deve ser medida novamente, com o paciente em pé, três minutos depois da primeira aferição feita com o paciente sentado.
- 33 A manobra de Osler é considerada positiva quando a artéria radial permanece palpável mesmo após a insuflação do manguito em 30 mmHg acima do desaparecimento do pulso radial.
- 34 Um paciente com pressão arterial de 166 mmHg × 102 mmHg pode ser classificado com hipertensão no estágio 1.
- 35 A terapia farmacológica nos pacientes muito idosos, acima de setenta e nove anos de idade, deve ser indicada para aqueles com pressão sistólica maior que 159 mmHg.
- 36 O consumo regular de bebida alcóolica eleva os níveis de pressão arterial, enquanto o consumo excessivo de álcool está associado ao aumento da incidência de hipertensão arterial.

Segundo as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao calendário vacinal, julgue os itens que se seguem.

- 37 A vacina dupla adulto (dT), que protege contra tétano e coqueluche, deve ser aplicada em adultos maiores de vinte anos de idade e reforçada a cada dez anos daí em diante.
- 38 Após a vigésima semana de cada uma de suas gestações, a gestante indígena deve tomar uma dose de dTpa como proteção contra difteria, tétano e coqueluche.

Uma mulher de cinquenta e quatro anos de idade deu entrada no pronto-socorro com quadro de dor, calor, rubor e edema no hálux esquerdo, sintomas que, segundo ela, se iniciaram na madrugada e pioraram ao longo do dia. Ela relatou ter participado de um churrasco no dia anterior, quando consumiu grande quantidade de carne vermelha e bebida destilada. Negou trauma local. A paciente é obesa e apresenta resistência à insulina e hipertensão arterial, para as quais faz uso de metformina e hidroclorotiazida. Negou alergias medicamentosas e outras comorbidades. Foram solicitados exames laboratoriais e punção do líquido articular para auxiliar no diagnóstico e tratamento.

A respeito desse quadro clínico, julgue os próximos itens.

- 39 A hipótese diagnóstica mais provável é uma crise aguda de gota.
- 40 O diagnóstico padrão-ouro nesse caso é a presença de cristais de oxalato de cálcio à microscopia óptica com luz polarizada apresentando birrefringência positiva.

- 41 O tratamento dessa paciente deve incluir compressa morna no local afetado três vezes ao dia por cinco dias, e administração de cefalexina 500 mg de 6 h em 6 h por dez dias e de ibuprofeno 600 mg de 8 h em 8 h por cinco dias.
- 42 A paciente possui pelo menos três fatores de risco para a afecção que ela apresenta: obesidade, consumo excessivo de bebida alcóolica e uso de hidroclorotiazida.

Um homem de sessenta e oito anos de idade, que sofre de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e em acompanhamento ambulatorial com clínico geral, foi atendido por um médico em consulta de rotina. Apresentou espirometria recente, com VEF<sub>1</sub> pós BD = 45%, dispneia de grau 2 pela escala mMRC e estado de saúde na classificação DPOC avaliado com escore CAT igual a 18. O paciente relatou ter usado antibiótico três vezes nos últimos seis meses por causa de “piora do catarro”.

Considerando esse caso clínico e as recomendações da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisologia sobre DPOC, julgue os itens seguintes.

- 43 O paciente em questão deve ser classificado como portador de DPOC moderada.
- 44 No caso clínico em apreço, como se trata de paciente considerado um exacerbador frequente, deve ser indicada para ele terapia tripla para tratamento do DPOC.
- 45 O roflumilaste está indicado para pacientes com DPOC de leve a moderada na dose de 300 µg ao dia por via inalatória, antes de se tentar a associação de β<sub>2</sub> agonista de longa duração e curta duração.
- 46 As vacinas *anti-influenza* e pneumocócica polivalente estão indicadas para todos os pacientes com DPOC e devem ser repetidas anualmente.

De acordo com as orientações do Ministério da Saúde acerca do rastreamento de cânceres, julgue os itens a seguir.

- 47 O rastreamento do câncer de colo de útero é feito com o exame de Papanicolau a cada ano e está indicado apenas para mulheres entre os trinta e os sessenta anos de idade, com vida sexual.
- 48 O exame clínico das mamas deve ser feito anualmente em todas as mulheres acima de quarenta anos de idade. Nesse exame, o médico avaliará o aspecto da pele, presença de nodulações palpáveis, retração do mamilo, feridas e descarga papilar.
- 49 O rastreamento do câncer colo retal deve ser iniciado aos quarenta e cinco anos de idade, com a solicitação de pesquisa de sangue oculto nas fezes anualmente e, após os cinquenta e cinco anos de idade, todos os pacientes devem fazer colonoscopia a cada cinco anos.

Um homem de quarenta e dois anos de idade foi atendido no pronto-socorro com relato de dois episódios de hematêmese ocorridos duas horas antes. Contou que estava previamente saudável, mas que estava tomando um anti-inflamatório não esteroideal (AINE) há quatro dias devido a uma queda sofrida em um jogo de futebol. Confirmou ser tabagista e etilista, além de fazer uso esporádico de ácido acetilsalicílico (AAS) para cefaleia, e negou alergia medicamentosa.

Considerando esse caso clínico, julgue os itens que se seguem.

- 50 A primeira providência a ser tomada é determinar que o paciente passe por uma endoscopia digestiva alta para que se possa identificar a causa da hemorragia.
- 51 Se a causa da hemorragia digestiva alta for por úlcera péptica, a administração de inibidor de bomba de prótons deve ser iniciada, preferencialmente por via endovenosa.
- 52 Após receber alta hospitalar, o paciente deverá fazer uso de inibidor de bomba de prótons por, no mínimo, oito semanas e evitar uso de AINE e AAS.

Com base nas Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes de 2017-2018, julgue os itens seguintes.

- 53 A insuficiência renal aguda é a principal causa de óbito entre as pessoas com diabetes.
- 54 O diabetes melito do tipo 1A é definido como doença autoimune decorrente da destruição de células  $\beta$  pancreáticas confirmada pela positividade de um ou mais autoanticorpos, como, por exemplo: o anti-ilhota, o anti-insulina e o antitransportador de zinco.
- 55 **Situação hipotética:** Um paciente deu entrada no pronto-socorro com quadro clínico de poliúria, polidipsia, polifagia e emagrecimento recente. Sua glicemia no momento da admissão era de 453 mg/dL. **Assertiva:** Nessa situação, o diagnóstico mais provável é de diabetes melito, não havendo necessidade de segunda dosagem de glicemia.
- 56 O exame padrão-ouro para o acompanhamento do indivíduo com diabetes melito é a medida da hemoglobina glicada, que deve ser feita a cada dois meses com o objetivo de alcançar o resultado maior que 7,5%.
- 57 O principal objetivo da prática de exercícios físicos para idosos com diabetes melito do tipo 2 é o emagrecimento com redução de massa gorda para melhorar a resistência à insulina.

Um homem de cinquenta e oito anos de idade deu entrada na emergência com quadro clínico de dor intensa em andar superior do abdome que irradiava para dorso e era acompanhada de náuseas, vômitos e febre não medida com termômetro. Os sintomas iniciaram-se havia dois dias e pioraram nas duas horas anteriores à chegada ao hospital. No exame físico, o paciente apresentou dor à palpação de andar superior do abdome, com defesa muscular e distensão abdominal; murmúrio vesicular abolido na base pulmonar esquerda; FC = 124 bpm; PA = 90 mmHg  $\times$  60 mmHg; e Tax = 38,2 C. Os exames laboratoriais apresentaram os seguintes resultados: leucócitos = 18.400/mm<sup>3</sup> com 7% de bastões; ALT = 178 UI/L; amilase = 230 U/L; lipase = 480 U/L; glicose = 240 mg/dL; triglicérides = 183 mg/dL.

Considerando o caso clínico exposto, julgue os itens subsequentes.

- 58 De acordo com os critérios de Ranson para classificação de gravidade da pancreatite aguda, esse paciente pode ser classificado como paciente com pancreatite aguda grave.

- 59 O tratamento inicial para o paciente deve consistir em suspensão da dieta oral e suporte clínico mediante reposição volêmica vigorosa, manutenção da saturação de oxigênio maior que 95% e analgesia adequada.
- 60 A principal hipótese diagnóstica para a causa da pancreatite aguda nesse paciente é hipertrigliceridemia.

Uma paciente de setenta e um anos de idade compareceu ao atendimento médico com o seguinte quadro clínico: hipertensa e diabética, dispneia e desconforto gástrico iniciados havia 20 min. Na avaliação médica inicial, apresentava-se vígil, porém taquipneica, com sudorese profusa e fala entrecortada. Seus sinais vitais eram os seguintes: PA: 80 mmHg  $\times$  50 mmHg; FC: 92 bpm; FR: 28 irpm; SpO<sub>2</sub>: 94% em ar ambiente; glicemia capilar: 320 mg/dL. A ausculta respiratória e a cardíaca estavam normais. No exame cardiovascular, constatou-se turgência de jugulares. O eletrocardiograma mostrou supradesníveis discretos do segmento ST em D3 e aVF e acentuado em V1. Havia, ainda, derivações especiais V3R e V4R, com importante supradesnívelamento do ponto J e do segmento ST. A primeira dosagem sérica de troponina apresentou valores normais, embora a mioglobina estivesse aumentada.

Acerca desse caso clínico e aspectos diversos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

- 61 A elevação do segmento ST é uma alteração eletrocardiográfica permanente no infarto do ventrículo direito.
- 62 No caso apresentado, o resultado da troponina sérica normal é suficiente para indicar que a paciente tem baixo risco de desenvolver complicações secundárias ao infarto agudo do miocárdio.
- 63 A mioglobina é o marcador de necrose miocárdica mais precoce, além de ser cardioespecífico.
- 64 No tratamento do infarto do ventrículo direito, é indicada a manutenção precoce da pré-carga, mas não o uso de nitratos e diuréticos.
- 65 No caso clínico descrito, seria adequado realizar expansão volêmica com solução salina fisiológica e, caso não houvesse resposta clínica favorável, iniciar suporte inotrópico com dobutamina.

Um homem de sessenta e sete anos de idade, obeso mórbido, hipertenso e diabético, apresentava, havia um dia, quadro de dor intensa em andar superior do abdome, associada a náuseas e vômitos, após ter consumido grandes quantidades de alimentos em uma refeição. No exame físico, estava taquicárdico FC: 121 bpm, taquipneico FR: 22 irpm, hipotenso PA: 90 mmHg  $\times$  50 mmHg e saturando 92% com máscara não reinalante FiO<sub>2</sub>: 100%. No exame do abdome, constatou-se dor à palpação do andar superior. Os exames laboratoriais evidenciaram hemoglobina de 18 g/dL; hematócrito = 57,3%; leucócitos = 17.200; plaquetas = 351.000, glicemia = 283 mg/dL; Ureia = 98 mg/dL; creatinina = 1,85 mg/dL; DHL = 762 U/L; bilirrubina total = 5,2 mg/dL; bilirrubina direta = 4,4 mg/dL; triglicérides = 400 mg/dL; amilase = 2.058 U/L e lipase = 15.897 U/L. A gasometria arterial mostrou pH = 7,36; pO<sub>2</sub> = 58; pCO<sub>2</sub> = 41,4; HCO<sub>3</sub> = 22,8; e lactato = 2,6.

Com relação ao caso clínico apresentado e a aspectos diversos a ele relacionados, julgue os itens seguintes.

- 66 Valores de lipase e amilase três ou mais vezes acima da normalidade são suficientes para confirmar o diagnóstico de pancreatite aguda.
- 67 A hemoconcentração e a azotemia são sinais clínicos preditores de doença grave.

- 68 O quadro clínico descrito sugere que o paciente sofre de pancreatite em terceira fase de evolução.
- 69 A hipertrigliceridemia é a causa mais provável para o quadro de pancreatite aguda do paciente em questão.

Uma paciente com setenta e dois anos de idade, hipertensa, foi admitida no serviço de emergência após sofrer queda da própria altura e consequente trauma craneocéfálico leve. Familiares informaram que já havia três dias que a paciente estava mais lentificada, com dificuldade para caminhar e um pouco confusa. Durante a internação, o quadro da paciente evoluiu para cefaleia, náusea, vômitos e crises convulsivas generalizadas. No exame físico, constatou-se PA = 130 mmHg × 90 mmHg; FC = 52 bpm; FR = 11 irpm e SpO<sub>2</sub> = 88% em ar ambiente. Observou-se ainda que a paciente estava normocorada e hidratada. A ausculta respiratória evidenciou murmúrio vesicular globalmente reduzido. No exame neurológico, a paciente mostrava-se disártrica, sonolenta, confusa e desorientada no tempo e no espaço. Os resultados dos exames de hemograma, glicemia e funções renal e hepática estavam normais. A dosagem de eletrólitos evidenciou hiponatremia com dosagem sérica de 118 mEq/L.

Considerando o caso clínico apresentado e aspectos diversos a ele relacionados, julgue os itens subsequentes.

- 70 O diagnóstico mais provável da paciente em questão é de hiponatremia crônica.
- 71 Há grande probabilidade de os sinais de insuficiência respiratória apresentados pela paciente estarem relacionados a um quadro de edema pulmonar neurogênico.
- 72 A condição clínica em apreço corresponde a um caso de hiponatremia euvolêmica, quadro no qual se espera uma dosagem de sódio urinário menor que 20 mEq/L.
- 73 O nível sérico de glicose deve ser desconsiderado na determinação da natremia.
- 74 Em casos de hiponatremia secundária com secreção inapropriada do hormônio antidiurético, os pacientes podem apresentar hipouricemia com nível de ácido úrico sérico menor que 4 mg/dL.
- 75 Complicação comum nos pacientes com hiponatremia crônica, a síndrome da desmielinização osmótica é desencadeada após correções na concentração plasmática de sódio menores que 10 mEq/L em 24 h.
- 76 Um paciente com hiponatremia hipervolêmica em consequência de insuficiência cardíaca congestiva pode melhorar após instituição ou intensificação de terapia com inibidores da enzima conversora de angiotensina.

A respeito de estados pró-trombóticos, julgue os itens que se seguem.

- 77 As duas mutações genéticas autossômicas dominantes mais comuns são o fator V de Leiden e a mutação do gene da protrombina.
- 78 A redução dos níveis de homocisteína com folato, vitamina B6 ou vitamina B12 diminui a incidência de tromboembolismo venoso.
- 79 A síndrome do anticorpo antifosfolípido é uma causa rara de trombofilia de etiologia genética e está associada à ocorrência de trombose arterial.

Uma paciente com trinta anos de idade, sem comorbidades prévias conhecidas, procurou atendimento médico devido a história de febre que se mantinha havia mais de um mês e que havia evoluído com dispneia e tosse seca nas duas semanas anteriores ao atendimento. No exame físico, a paciente estava hipocorada, apresentava mal estado geral e os seguintes sinais vitais: FC = 110 bpm; FR = 26 irpm; SpO<sub>2</sub> = 94% em ar ambiente e PA = 130 mmHg × 90 mmHg. A ausculta respiratória mostrou que o murmúrio vesicular era abolido nos dois terços inferiores do hemitórax direito. O resultado do hemograma evidenciava anemia normocítica e normocrômica, linfopenia e plaquetopenia. Os exames laboratoriais mostraram creatinina de 1,51 mg/dL, albumina sérica de 2,1 g/dL, VHS de 152 e dosagem de proteína C reativa normal. A tomografia computadorizada do tórax evidenciou volumoso derrame pleural à direita e derrame pericárdico. A pesquisa de anti-dsDNA foi positiva e a quantidade de C3 estava diminuída.

Com relação a esse caso clínico descrito e a aspectos diversos a ele relacionados, julgue os itens subsequentes.

- 80 A anemia hemolítica microangiopática é uma forma de apresentação de hemólise no lúpus eritematoso sistêmico na qual o resultado do teste de Coombs é negativo e podem ser encontrados esquizócitos no sangue periférico.
- 81 A presença de serosite em vigência de insuficiência renal é suficiente para caracterizar a síndrome de Evans.
- 82 A plaquetopenia pode ser manifestação da síndrome antifosfolípide secundária associada ao lúpus e, nesse caso, o risco de sangramento grave está aumentado.
- 83 O achado de albumina sérica baixa é consistente com proteinúria persistente e glomerulonefrite proliferativa.
- 84 Os níveis de C3 e C4 podem ser usados na monitorização da atividade da doença e de sua resposta terapêutica.
- 85 A manifestação pulmonar mais comum do lúpus eritematoso sistêmico é o derrame pleural, enquanto a cardíaca é a pericardite.
- 86 A quantificação das concentrações do anticorpo anti-dsDNA pode ser útil no acompanhamento da atividade inflamatória da doença, particularmente da nefrite.

A intubação de sequência rápida (ISR) pressupõe risco de aspiração de conteúdo gástrico e incorpora medicações e técnicas para minimizar esse risco. A respeito desse assunto, julgue os próximos itens.

- 87 A ISR tem como característica básica a administração de um hipnótico e de um bloqueador neuromuscular, após uma pré-oxigenação realizada com ventilação pulmonar de pressão positiva.
- 88 Na ISR, a infusão de drogas deve ser feita aos poucos e por repetidas vezes, com vistas a evitar efeitos adversos malignos, como a síndrome do tórax rígido.
- 89 O fentanil e a lidocaína agem reduzindo os efeitos simpáticos da laringoscopia e podem ser usados em casos de pacientes com hipertensão intracraniana.
- 90 A quetamina é uma droga hipnótica com propriedades broncodilatadoras, sendo, portanto, a droga de escolha para pacientes com grave broncoespasmo.

Uma paciente do sexo feminino, previamente hígida, de 27 anos de idade, iniciou quadro de disúria, polaciúria e hematuria havia 3 semanas. Fez uso de medicação, sem prescrição médica, com melhora parcial. Procurou a emergência de um hospital para atendimento, após piora do estado geral, apresentando dor lombar à direita, febre, náuseas e vômitos. A paciente foi submetida a exames, que evidenciaram o quadro a seguir.

GEG (grave estado geral): mucosas secas e hipocoradas; edema de membros inferiores (+/+4); perfusão periférica débil; febre (38,5°); PA = 80 mmHg/60 mmHg; pulso = 120 batimentos por minuto; FR = 28 incursões respiratórias por minuto; peso = 60 quilogramas.

Aparelho respiratório: pulmões limpos, esforço respiratório e uso de musculatura acessória, Sat O<sub>2</sub> 90% (máscara de venturi 50% e 10 litros por minuto).

Aparelho cardiovascular: bulhas rítmicas, normofonéticas e taquicárdicas, sem sopros.

Aparelho digestório: Giordano positivo à direita, sem visceromegalias.

Sistema nervoso: pupilas isocóricas e fotorreagentes, obnubilada, escala de coma de Glasgow 13.

Diurese: 300 mL/12h.

Os exames admissionais obtiveram os seguintes resultados.

Hemograma: Hb = 10; leucograma = 3500; bastão = 500; plaquetas = 105.000; ureia = 85; creatinina = 1,8; Na = 144; K = 5,1; Cl = 102.

Gasometria arterial: pH = 7,2; HCO<sub>3</sub> = 16; PCO<sub>2</sub> = 28; PO<sub>2</sub> = 75 Sat O<sub>2</sub> = 91%; lactato = 2,6.

A partir do caso clínico precedente, julgue os itens a seguir.

- 91 Durante a primeira hora, desde a chegada da paciente na unidade hospitalar, devem ter sido realizados os seguintes procedimentos: expansão volêmica com cristalóide (30 mL/quilograma de peso); coleta de hemoculturas; início de antibioticoterapia de amplo espectro; coleta de lactato sérico e início de vasoamina, para pressão arterial média maior ou igual a 65 mmHg.
- 92 As alterações laboratoriais no hemograma justificam como principal suspeita diagnóstica do quadro clínico uma disfunção prévia de medula óssea, o que demanda uma propedêutica específica para a avaliação dessa disfunção.

93 A gasometria arterial é compatível com a história clínica e evidencia um padrão de normoxemia e acidose metabólica normoclorêmica descompensada.

94 Por apresentar *quick* SOFA (q SOFA) maior que 2, a paciente constitui o grupo de alto risco para mortalidade. Ademais, é possível apontar ao menos uma disfunção de órgão.

95 No cenário atual, a paciente possui diagnóstico de lesão renal, provável etiologia aguda, com indicação de terapia renal substitutiva.

96 Na terapêutica do caso em análise, a intubação traqueal poderá ser postergada e outras opções de suporte ventilatório deverão ser utilizadas.

Uma paciente de 39 anos de idade, com antecedente de transtorno afetivo bipolar (TAB), sob acompanhamento psiquiátrico havia oito anos, deu entrada na emergência de um hospital, trazida por familiares. A paciente apresentava o seguinte quadro clínico: lentificação psicomotora, fala empastada, emagrecimento de 6 kg em 1 mês, polidipsia e poliúria, sem outras comorbidades. Ela fazia uso, nos últimos 12 meses, de carbamazepina 1.200 mg/dia, carbonato de lítio 1.800 mg/dia, hidroclorotiazida 25 mg/dia e enalapril 10 mg/dia. Ao ser examinada, apresentou regular estado geral, mucosas coradas e desidratadas (++/4+), estava afebril e acianótica. O exame neurológico mostrou escala de coma de Glasgow 11 (abertura ocular: 3; resposta motora: 5; resposta verbal: 3), sem outras alterações neurológicas, sem sinais de irritação meníngea. Os demais exames apresentaram os seguintes resultados.

Pressão arterial de 130 mmHg/80 mmHg; frequência cardíaca de 122 bpm; frequência respiratória de 24 incursões respiratórias por minuto; saturação de oxigênio (ar ambiente) de 95%. Não houve outras anormalidades.

Exames laboratoriais na admissão: creatinina = 1,66; ureia = 59; K = 2,8; Na = 193; pH = 7,31; HCO<sub>3</sub> = 17,9; pCO<sub>2</sub> = 30; pO<sub>2</sub> = 84; e lactato = 26.

A respeito desse caso clínico, julgue os itens seguintes.

97 No plano terapêutico, até a melhora clínica, deve constar a suspensão da hidroclorotiazida, do enalapril e do carbonato de lítio que, nesse último caso, ocorrerá mediante orientação do psiquiatra, caso exista uma opção terapêutica psiquiátrica alternativa ao tratamento.

98 A administração de ddAVP (acetato de desmopressina) promoverá a correção da poliúria, da hipocalemia e da hipernatremia.

99 A alteração neurológica torna indispensável o exame de imagem do sistema nervoso central, independentemente da correção da hipernatremia.

100 Após restabelecimento da volemia com cristalóide, deverá ser instituída solução hipotônica associada ao diurético amilorida.

101 No caso em tela, a insuficiência renal possui, ao menos, dois mecanismos etiológicos.

102 O diagnóstico etiológico gasométrico é compatível com o caso clínico e possui as seguintes bases fisiopatológicas: comprometimento da função renal tubular em regenerar bicarbonato e consumo de bicarbonato, por hiperlactatemia.

Um homem de 46 anos de idade, não fumante, procedente do domicílio, foi admitido na emergência com tosse, escarro purulento, dispneia e febre, havia 3 dias. Negou comorbidades prévias e uso de medicações de uso contínuo. A radiografia de tórax evidenciou múltiplas opacidades alveolares com broncograma aéreo em terço médio de hemitórax direito e terço inferior de hemitórax esquerdo. Após a administração de oxigênio por máscara de venturi 50%, obteve-se a seguinte gasometria arterial: pH = 7,31; PCO<sub>2</sub> = 50; PaO<sub>2</sub> = 87; saturação de O<sub>2</sub> = 94%; HCO<sub>3</sub> = 25. Nesse momento, a frequência respiratória era de 26 incursões respiratórias por minuto.

Com relação ao caso clínico precedente, julgue os próximos itens.

- 103** Trata-se de um mecanismo misto para a insuficiência respiratória aguda, no qual a hipoventilação alveolar é, necessariamente, um deles.
- 104** A fadiga diafragmática, possivelmente ocorrida no decorrer da instalação da insuficiência respiratória aguda, não justifica, por si, a hipercapnia.
- 105** É correto afirmar que existe *shunt* pulmonar.
- 106** Na impossibilidade de uma radiografia pulmonar, a realização de ultrassonografia pulmonar, à beira do leito, confirmaria o diagnóstico de pneumonia, pois seriam identificadas as linhas C, que representam a reverberação da interface pleuropulmonar, são equidistantes umas das outras e cada vez menos ecogênicas na profundidade.
- 107** A utilização de antibioticoterapia, de amplo espectro, com cobertura, necessariamente para pneumococo, justifica-se pela gravidade do caso clínico e pela disfunção orgânica. Nesse contexto, a utilização de ventilação invasiva está proscrita.
- 108** O padrão radiológico e a história clínica desse paciente sugerem infecção bacteriana por *Staphylococcus aureus*. Nesse caso, deve-se indicar a antibioticoterapia, até o resultado das culturas.

Um homem de 43 anos de idade, aposentado, que trabalhou em indústria de cimento, tinha hábitos alcoólicos superiores a 50 gramas/dia, nos últimos 20 anos. Notou, pela primeira vez, havia 3 anos, aumento do volume abdominal, edemas dos membros inferiores e face. Associado a esse quadro, apresentou parestesias dos quatro membros com evolução progressiva e, um mês antes da internação, necessitou ficar acamado por fadiga e adinamia. Foi internado na emergência para investigação. Durante o exame físico, o paciente estava consciente, orientado, com 41,9 quilogramas de peso e altura de 1,69 metros. A pele apresentava rarefação pilosa e telangiectasias da face. As mucosas estavam úmidas e hipocoradas (+2/+4), e perfusão periférica com tempo de enchimento capilar menor que 2 segundos. Foram verificados, ainda, tórax e abdome com circulação colateral, edema da parede abdominal e dos quatro membros (+3/+4). Abdome ascítico, hepatomegalia de bordas lisas, indolor, palpável 4 centímetros abaixo do rebordo costal direito. O hábito intestinal do paciente era de uma evacuação a cada dois dias. Com relação ao sistema nervoso central, os membros superiores apresentavam hipoestesia bilateral em luva até os cotovelos e os inferiores, hipoestesia em meia até os joelhos, além de incapacidade de marcha. O paciente referiu inversão do ciclo sono e vigília.

Considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

- 109** De acordo com as informações desse caso clínico, o médico deve indicar terapia de substituição renal, terlipressina e albumina.
- 110** A propedêutica do caso deverá contemplar sorologias para hepatites virais, ultrassonografia abdominal, dosagem do perfil de ferro, eletroneuromiografia e análise do líquido ascítico.

- 111** Ao utilizar o critério de gravidade, conclui-se que o paciente do referido caso clínico possui encefalopatia hepática estágio II.
- 112** Se esse paciente não for vegetariano estrito, as causas clínicas de sua anemia, associadas à carência de vitamina em sua dieta, incluem déficit de vitamina B12, há meses, e de folato, há anos.
- 113** Na hipótese de o paciente ser portador de infecção pelo vírus da hepatite C, o risco relativo de progressão para cirrose hepática será aumentado, em mais de duas vezes, devido ao consumo etílico prévio.
- 114** A permanência do consumo de álcool pelo paciente é uma das causas mais comuns de descompensação aguda, da doença hepática instalada. Porém, caso a doença no paciente em questão evolua com insuficiência hepática, precipitada pelo álcool, o prognóstico tende a ser melhor que aqueles cuja evolução foi precipitada por hemorragia digestiva alta ou por infecções.

### Situação 1

Uma mulher de 35 anos de idade procurou a emergência havia duas horas e meia, com intensa cefaleia, inicialmente frontotemporal direita, depois holocraniana, pulsátil, acompanhada de náuseas, vômitos e fotofobia. A dor era agravada por movimentos da cabeça e deambulação. Na história patológica pregressa, referiu múltiplos episódios semelhantes prévios, com várias idas ao hospital devido à baixa resposta aos tratamentos ambulatoriais. Apresentava, também, crises de cefaleia mais leves, holocranianas, tipo peso, sem sintomas acompanhantes, que cediam à utilização de analgésicos comuns, com duração de várias horas, sem necessidade de procurar ajuda hospitalar. Ao exame neurológico, foi observado nível e qualidade da consciência normais, sem sinais meníngeos, sem déficits motores nos membros e sem febre.

### Situação 2

Após dois meses, a mesma paciente retornou à emergência, com um quadro de cefaleia holocraniana severa, pulsátil, acompanhada de vômitos, com evolução de cerca de 1 hora. O acompanhante relatou que nunca a tinha visto tão mal. Ao exame neurológico, foi observado nível e qualidade da consciência normais, sem sinais meníngeos, sem déficits motores nos membros e sem febre.

A respeito das duas situações relacionadas ao caso clínico em tela, julgue os itens subsequentes.

- 115** Na situação 1, se não houver melhora no quadro da paciente após a administração de dipirona, recomenda-se, para a próxima medicação, o uso de opioide.
- 116** Na situação 2, se a paciente for portadora de doença renal crônica estágio IV, a segunda medicação de escolha deverá ser a clorpromazina.
- 117** A propedêutica da paciente, na situação 2, deverá contemplar a solicitação de exame de imagem (tomografia computadorizada de crânio, sem contraste), como primeira conduta a ser feita, após o exame físico.
- 118** Infere-se, com referência à situação 1, que a paciente possui mais de um tipo de cefaleia.
- 119** Nas situações I e II, pode-se administrar clorpromazina, endovenosa, por até três vezes, com o cuidado de monitorar a estabilidade hemodinâmica.

- 120 Após a correta sequência de administração de medicamentos, havendo melhora total dos sintomas na situação 1 e permanência dos sintomas na situação 2, a tomografia de crânio sem contraste deverá ser realizada, sendo necessário o acompanhamento de um neurologista.
- 

Espaço livre

---