

PROVA DE RESIDÊNCIA - 2023

CARDIOLOGIA

1. Um homem de 29 anos, passado de competições de CrossFit, deixou de competir há 8 meses devido a lesão importante em músculos da coxa. Ele vem à consulta com a esposa alegando não conseguirem gerar filhos, apesar de relações sexuais frequentes (3x por semana) e sem contracepção há 1 ano e seis meses. Suspeita-se do uso de esteroides anabolizantes (EAS).

Qual alternativa está **correta** em relação ao uso de EAS?

- a) A observação do aumento do hematócrito no hemograma rotineiro aumenta a suspeita do abuso de EAS.
- b) Os usuários de EAS possuem a mesma mortalidade da população geral.
- c) O aumento do hormônio luteinizante e a supressão do hormônio folículo estimulante constituem dados indiretos do uso abusivo de EAS.
- d) O aumento do volume testicular é um sinal comum do abuso de EAS.
- e) Os frequentes ensaios clínicos randomizados duplos cegos e as metanálises sobre o uso abusivo de EAS fornece a comunidade médica muitas informações sobre o tema do uso abusivo de EAS.

2. Uma mulher de 72 anos de idade com fibrose pulmonar idiopática está em estágio terminal. Sua capacidade funcional é 0; está acamada e recebendo assistência domiciliar em regime de *home care*. Utiliza cronicamente oxigênio por cateter nasal, 4l/min, e com saturação de O₂ no sangue arterial de 94%. Ela queixa-se de dispneia contínua e intensa, que piorou nos últimos 2 meses. Ao exame físico apresenta demais parâmetros normais, exceto uma frequência respiratória de 25 irm. Não há evidência de infecção ou qualquer processo pulmonar agudo.

Das intervenções descritas abaixo, qual o primeiro passo razoável na melhora do desconforto dessa paciente?

- a) Salbutamol inalatório e/ou xarope.
- b) Codeína.
- c) Aumentar o oxigênio para 8L/min.
- d) Lorazepam.
- e) Morfina nebulizada.

3. Um homem de 55 anos, alcoolista crônico, procura a emergência do Hospital Nova Esperança com queixa de vômitos de sangue. Após análise minuciosa, incluindo lavagem gástrica sem a presença de sangramento ativo, e analisando a cavidade oral em busca de origem do sangramento, observamos tratar-se de sangramento gengival significativo, e na pele observamos erupções hemorrágicas perifoliculares em membros inferiores. Ele refere muita astenia e no seu prontuário consta atendimento anterior com hemartrose evacuado no serviço há 6 meses, desde então sem mais idas ao pronto socorro; nega uso de medicações ou outras comorbidades. O laboratório revela uma contagem de plaquetas de 250 000, uma atividade de protrombina de 100% e um INR de 0,9.

Qual a terapêutica recomendada para o caso em questão?

- a) Folato.
- b) Niacina.
- c) Tiamina.
- d) Ácido ascórbico.
- e) Vitamina K.

4. Homem de 44 anos com dor leve contínua em hipocôndrio esquerdo, não aliviada por analgésicos comuns, associada à queimação epigástrica importante, sem melhora após medidas higiênico-dietéticas e antiácidos há 2 anos. Há 8 meses apresenta lesões úlcero-crostosas, eritematosas em lábios e ulceradas em mucosa jugal, dolorosas, sangrantes e máculas eritematosas que evoluíram rapidamente para lesões úlcero-crostosas, eritematosas, não pruriginosas, não dolorosas, não sangrantes, difusas em face, pescoço e membros superiores, piores em áreas expostas ao sol. Nenhum antecedente familiar, social, patológico ou laboral relevante, sem história de alergias ou atopia. Exame físico: normocorado, baço palpável a 5 cm da borda costal esquerda, ausência de linfonodomegalia e lesões mucocutâneas já descritas. Hemograma: hemoglobina 10 mg/dL, leucócitos $18,2 \times 10^9$ /L, eosinófilos $9,1 \times 10^9$ /L (sem anormalidades morfológicas), plaquetas 177×10^9 /L. Desidrogenase láctica, ferritina, albumina, vitamina B12 e IgE séricas normais. Sorologias para HIV e hepatites virais, provas reumatológicas e inflamatórias negativas. Pesquisas de ovos e parasitas nas fezes negativas, com persistência da eosinofilia após cursos de albendazol e ivermectina. Ecodopplercardiograma com espessamento mitral, ultrassonografia abdominal com esplenomegalia homogênea (16cm) e tomografias (tórax/abdome) sem achados relevantes. Endoscopia digestiva demonstrou gastrite enantematosa leve e biópsia de mucosa gástrica com gastrite crônica moderada, sem evidência de infecção pelo *Helicobacter pylori*. Biópsia de pele com ectasia vascular inespecífica e biópsia de mucosa jugal com ulceração mucosa e infiltrado coriônico difuso por mononucleares, neutrófilos e eosinófilos. Aspirado MO: hiper celular, relação G/E: 5/1, série granulocítica hiper celular, com escalonamento maturativo preservado (blastos 2%) e presença de eosinofilia (30%). Biópsia MO: celularidade 100%, 90% da qual representada por eosinófilos e precursores. Cariótipo MO (banda G): 46, XY em 20 metáfases. Pesquisa BCR-ABL (RT-PCR): negativa. Hibridação *in situ* por fluorescência (FISH) para anormalidade de CHIC2, testado com sonda 4q12 (FIP1L1, CHIC2, PDGFR α): 85.5% núcleos com um sinal CHIC2, dois sinais FIP1L1 e PDGFR α em 200 célula. Iniciado tratamento com imatinibe 100 mg/dia com resolução das dermatoses das queixas gastrointestinais após 15 dias e desaparecimento dos sinais de esplenomegalia após 30 dias de tratamento.

Com base no caso descrito acima, qual alternativa está **correta**?

- a) O diagnóstico dessa patologia não requer exclusão de outras causas de eosinofilia.
- b) A apresentação é clássica com esplenomegalia presentes em mais de 90% dos casos.
- c) Manifestações cutâneas com as descritas são raras e acometem menos de 10% dos casos.
- d) A fisiopatologia dessa condição é à custa de vasculite na microcirculação e depósitos de eosinófilos nas paredes vasculares.
- e) A maior causa de morbimortalidade é a cardiopatia, que acontece em até 50% dos casos.

5. Masculino, 35 anos, tabagista, procurou pronto-socorro com queixa de dor torácica típica de Síndrome Coronariana Aguda (SCA), sem história de pródromos virais associados. Exame físico sem alterações. Eletrocardiograma (ECG) com inversão de onda T em toda parede anterior. Troponina elevada. Submetido à estratificação invasiva com cineangiocoronariografia, com achado de coronárias normais. A Ressonância Nuclear Magnética (RNM) cardíaca mostrou hipertrofia medioapical com maior espessura de 14mm e edema miocárdio nas sequências ponderadas de T2 em segmentos ântero-lateral, anterior, anterosseptal e inferosseptal médios e segmentos anterior e septal apicais. Nessas mesmas paredes, observou-se realce tardio mesocárdico. Na ocasião, é orientado o uso de betabloqueador, restrição de atividade física intensa e pesquisa de familiares. Dois anos após, em atendimento ambulatorial, seu ECG era normal e feita uma nova RNM, que evidenciou ausência de sinais sugestivos de hipertrofia miocárdica; presença de fibrose mesocárdica acometendo os segmentos inferior e inferolateral basais; ausência de edema.

Com base no caso descrito acima, qual a alternativa **correta**?

- a) Trata-se de miocardiopatia hipertrófica com melhora clínica e na imagem após medidas recomendadas.
- b) O cardiodesfibrilador implantável é recomendado pelo risco de arritmias e morte súbita.
- c) Displasia arritmogênica de ventrículo direito é a principal hipótese diagnóstica.
- d) Miocardite é um provável diagnóstico, já que apresentou melhora com seguimento.
- e) Amiloidose miocárdica é provável, pelo espessamento das paredes por provável depósito de substância amiloide.

6. Uma mulher moradora de rua da Grande São Paulo foi resgatada para uma hospital após uma noite fria e verificação de que seu pé esquerdo estava entorpecido e parecer como “morto”. Ao exame, o pé apresenta vesículas hemorrágicas distribuídas em toda região distal do pé até tornozelo. O pé estava frio e perdeu a sensibilidade à dor ou à temperatura. O pé direito estava hiperemiado, mas não apresentava vesículas, e sua sensibilidade estava normal. O restante do exame físico estava dentro da normalidade.

Qual alternativa traz a afirmação **correta** em relação ao tratamento desse distúrbio?

- a) Não se deve tentar o reaquecimento ativo do pé.
- b) Uma dor intensa será antecipada durante o período de reaquecimento e precisará de narcóticos.
- c) Foi constatada que a heparina melhora os desfechos nesse distúrbio.
- d) Amputação imediata está indicada.
- e) A sensação normal tende a voltar totalmente com o reaquecimento.

7. Uma mulher de 40 anos de idade é levada à emergência por rebaixamento do nível de consciência. Foi submetida à hysterectomia há 2 dias e prescrito oxicodona oral para alívio da dor. O familiar refere que ela usou o suprimento de 1 semana do medicamento num único dia. Ele nega crises convulsivas, comorbidades e uso de outras substâncias. Ao exame: afebril ao toque, pressão arterial 120 x 80 mmHg, frequência cardíaca de 70 bpm, frequência respiratória de 5 incursões por minuto, a saturação de O₂ no sangue arterial é de 84% em ar ambiente. Resposta muito fraca a estímulos dolorosos, mas sem déficits focais com movimentos preservados em todos os membros.

Qual terapêutica abaixo é capaz de melhorar a alteração da consciência da paciente?

- a) Etanol.
- b) Piridoxina.
- c) Flumazenil.
- d) N acetilcisteína.
- e) Naloxona.

8. Paciente do sexo masculino, 60 anos, pardo, portador de fibrilação atrial, em uso de rivaroxabana 20mg/dia, com antecedente de derrame pericárdico importante com realização de janela pericárdica 03 meses antes da atual internação, com drenagem de líquido citrino gelatinoso, que após análise bioquímica revelou tratar-se de um transudato. Apresentou quadro de desorientação e alteração do nível de consciência, sendo internado para investigação. À anamnese, paciente apresentava sintomas inespecíficos, como fadiga, insônia, labilidade emocional e indisposição para realização de atividades diárias. Ao exame físico, paciente euvolêmica, sem alterações evidentes. Nos exames admissionais, evidenciado sódio sério de 119 mg/d (135-145), com resposta sintomática parcial a reposição de salina hipertônica a 3%. Na tomografia de crânio, sem sinais sugestivos de acidente vascular encefálico (AVC), somente evidenciado sinais de manipulação prévia cirúrgica com alterações na calota craniana adjacente devido cirurgia para retirada de tumor benigno, o qual não soube especificar, há 18 anos. Durante internação, manteve os sintomas inespecíficos, sem alteração do nível de consciência, com

hiponatremia mantida apesar da restrição hídrica. Na investigação laboratorial, anemia normocrômica e normocítica, leve eosinofilia, sódio sérico variando entre 121-129 mg/dl, TGP 21 e TGO 36, sem alteração na função renal, potássio limite superior da normalidade, sendo encontrado TSH 4.0 mg/dl (0,5-5,5) e T4L 0.21 mg/dl(0,6-1,9) , cortisol matinal 2.4 mcg/dl (5-23), testosterona total de 23.8 mg/dl(300-800).Na ressonância magnética de crânio, apresentando glândula hipofisária de volume bastante reduzida, notando-se insinuação da cisterna supra selar na sela turca, determinando compressão da hipófise contra o assoalho da sela.

Com base no caso, qual a alternativa com a resposta **correta**?

- a) Paciente deverá repetir os exames pois não existe explicação para essa correlação TSH e T4 livre.
- b) Trata-se de um pan-hipopituitarismo secundários a uma sela vazia e a hiponatremia poderá ser explicada tanto pelo hipotireoidismo central como pelo hipocortisolismo.
- c) Hiponatremia é secundária a doença neoplasia recidivante em sela túrcica.
- d) O derrame pericárdico e a hiponatremia são secundários a um quadro de insuficiência cardíaca congestiva.
- e) O tumor benigno operado no passado tratava-se de um prolactinoma, pois é o adenoma benigno mais comum e a cirurgia é a terapêutica de escolha.

9. Paciente do sexo masculino de 62 anos de idade, hipertenso e dislipidêmico, chega ao serviço de emergência do Hospital Nova Esperança com dor torácica surgiu no repouso é já dura mais de 1 hora. A dor é retroesternal com irradiação para ambos os ombros. A dor é descrita como pressão difusa, associada também a náusea e sudorese fria. Um fator de melhora da dor é se encolher em decúbito lateral esquerdo. Ao exame físico é observado a diaforese, frequência cardíaca de 105 bpm, pressão arterial 150x 88 mmHg.

Com base na história do paciente, qual dado tem **menos** correlação com síndrome coronariana aguda?

- a) Sudorese.
- b) Náusea.
- c) Melhora com decúbito lateral esquerdo.
- d) Dor retroesternal e como pressão difusa.
- e) Irradiação para ambos os ombros.

10. Paciente de 40 anos de idade, sexo masculino, com doença de Crohn em uso de infliximab nos últimos 6 meses. Chega em ambulatório do Centro de Saúde Nova Esperança no meio do ano com tosse persistente e febre de 38,4° C. Ele refere não ter feito imunização contra influenza no corrente ano.

Em relação à abordagem da febre nesse paciente, qual a afirmativa **verdadeira**?

- a) Paciente possuía PPD negativo antes do infliximab, mesmo assim, deve-se considerar tuberculose ativa como causa da febre e tosse.
- b) Devido a época do ano e na ausência de imunização deve-se pensar em infecção viral de vias aéreas.
- c) É rara a associação entre febre com infecção e uso de infliximab.
- d) É prudente evitar antitérmicos nesses casos, existem evidências de que a febre atua como adjuvante no sistema imune, e os antipiréticos retardam a resolução de infecções virais e bacterianas.
- e) A dosagem da interleucina 1 seria importante para determinar se a febre é de etiologia infecciosa.

11. Uma mulher de 22 anos portadora de diabetes desde os 10 anos queixa-se de fadiga progressiva há 1 mês. Durante os últimos 10 dias, ela também tem apresentado febre, náusea e diarreia. Os exames laboratoriais mostram hematócrito de 44%, sódio de 122 mEq/L, potássio de 5,5 mEq/L, cloreto de 98 mEq/L, bicarbonato de 20 mEq/L, glicose de 105 mg/dl e corpos cetônicos na urina +. O exame físico deverá mostrar:

- a) Xantomas eruptivos.
- b) Hiperpigmentação de mucosas.
- c) acantose nigricans.
- d) hálito cetônico.
- e) baixa estatura e ausência de caracteres sexuais secundários.

12. Paciente de 22 anos de idade, sexo feminino, apresenta história prévia de crises convulsivas, com o primeiro episódio em setembro de 2021. Em janeiro de 2022, iniciou o uso contínuo de carbamazepina via oral. Em 07 de fevereiro do mesmo ano, deu entrada no pronto socorro apresentando mal estado geral, com dificuldade em falar, trazida em cadeira de rodas, febre de 39°C, linfadenomegalia dolorosa, icterícia (++/4), edema generalizado e exantemas por todo o corpo com descamação precoce. O hemograma traz contagem de leucócitos: neutrófilos 72%, linfócitos 10%, eosinófilos 17%, monócitos 1% e nenhum basófilo. Qual diagnóstico mais provável?

- a) Reação medicamentosa com eosinofilia e sintomas sistêmicos (DRESS).
- b) Linfoma de Hodgkin eosinofílica com síndrome de Sweet.
- c) Eritema multiforme.
- d) Síndrome do choque tóxico estafilocócica.
- e) Síndrome de Stevens-Johnson.

13. Um paciente de 50 anos, sexo masculino, veio para consulta com queixa de febre e perda de peso. Os sintomas surgiram há 3 meses, a febre é diária e os valores chegam a 39,4°C com sudorese noturna, fadiga intensa e perda de 22 Kg no período. Nega exposição a pacientes com alguma doença, nega histórico de viagens, única parceira sexual há 25 anos, nega transfusões sanguíneas. Ao exame não foi identificado nada relevante. No laboratório revelou leucócitos 15 700/ μ L, com 80% de polimorfonucleados, 15% linfócitos, 3% eosinófilos e 2% monócitos e níveis de cálcio de 11,2 g/dl (8,8-10,4). O esfregaço do sangue periférico é normal e o VHS é de 57 mm/h. O painel reumatológico é normal, o nível de ferritina é de 550 ng/ml. Função hepática e renal sem anormalidades. Eletroforese de proteínas séricas demonstra gamopatia policlonal. Os testes para vírus HIV, hepatite B, hepatite C, Epstein-Barr e citomegalovírus foram negativos. O antígeno urinário de Histoplasma é negativo. As hemoculturas colhidas na hora da febre em 3 amostras, radiografia do tórax e PPD foram todos negativos. A tomografia de tórax, abdômen e pelve revelam aumento limítrofe de linfonodos no abdômen e retroperitônio de 1,3 cm. Qual deve ser e o melhor passo seguinte na investigação desse caso?

- a) Tratamento empírico com corticosteroides em dose imunossupressora.
- b) Tratamento empírico para *Mycobacterium tuberculosis*.
- c) Punção biópsia por agulha dos linfonodos aumentados.
- d) Tomografia por emissão de pósitrons (PET)-TC.
- e) Dosar níveis séricos de enzima conversora de angiotensina.

14. Uma mulher de 60 anos, diabética, obesa, hipertensa e tabagista queixa-se de tontura. Os sintomas começaram subitamente há 12 horas e persistem, apesar de uma boa noite de sono. A tontura é descrita como vertiginosa, constante e leve. Nega perda auditiva, zumbido, sensação de plenitude auricular e exantema. Não se observa sacada corretiva bilateralmente no teste de impulso da cabeça. A manobra de Dix-Hallpike exacerba a tontura. Não observamos nenhum nistagmo.

Qual passo mais apropriado para o diagnóstico e tratamento desse caso?

- a) Ressonância nuclear magnética de cérebro.
- b) Teste calórico.
- c) Manobra de Epley.
- d) Iniciar betaistina.
- e) Iniciar prenisolona.

15. Um homem de 48 anos de idade procura ambulatório de clínica médica no Centro de Saúde Nova Esperança com queixa de fraqueza progressiva há 6 meses. Relata tropeçar com os dedos dos pés enquanto caminha, certa ocasião deixou cair um copo cheio de água por se sentir muito fraco para tolerar o peso dele. Suspeitamos de um distúrbio acometendo o neurônio motor inferior.

Dos achados abaixo, qual deles **não** possui uma manifestação de acometimento de neurônio motor inferior?

- a) Diminuição do tônus muscular.
- b) Fraqueza distal maior que a proximal.
- c) Fasciculações.
- d) Reflexos tendíneos negativos.
- e) Atrofia muscular grave.

16. Um homem de 60 anos de idade, chega ao ambulatório de cardiologia do Hospital Nova Esperança com queixa de dor torácica ao esforço moderado e dispneia leve quando sobe ladeiras. Ao exame, verificamos sopro messosistólico. Após ausculta cuidadosa temos certeza trata-se de sopro estenose aórtica ou da forma obstrutiva de miocardiopatia hipertrófica.

Qual manobra está adequadamente associada a achado clínico que sugere que esse sopro é devido a miocardiopatia hipertrófica obstrutiva, em oposição a estenose de valva aórtica?

- a) Manobra de preensão da mão – diminuição da intensidade do sopro.
- b) Iniciar a administração venosa de milrinona – aumento do sopro sistólico.
- c) Palpação de pulso carotídeo – pulso carotídeo diminuído e tardio.
- d) Agachamento – aumento da intensidade do sopro.
- e) Manobra de valsava – aumento da intensidade do sopro.

17. Uma mulher de 63 anos de idade chega à emergência do Hospital Nova Esperança com história de diarreia há 4 dias de duração. Ao exame físico, ela apresenta taquicardia leve, mucosa secas. No laboratório, o nível de sódio é de 132 mEq/L (135-145), e a concentração de sódio urinário está indetectavelmente baixa.

Qual a conduta na correção da hiponatremia dessa paciente?

- a) Prescrever furosemida para promover perda de água livre.
- b) Prescrever hidroclorotiazida para promover perda de água livre.
- c) Prescrever hidratação venosa para reduzir os níveis séricos de hormônio antidiurético (ADH) e possibilitar uma diurese aquosa livre.
- d) Prescrever terapia com tolvaptana com antagonista do ADH.
- e) Oferecer uma quantidade extra de sódio para corrigir a deficiência corporal total de sódio.

18. Paciente de 50 anos, sexo masculino e com câncer de pulmão pequenas células submetido à quimioterapia. É levado à emergência do Hospital Nova Esperança para avaliação do rebaixamento do nível de consciência. Na avaliação laboratorial o cálcio sérico é de 11,5 mg/dl com nível sérico de albumina de 2,5g/dl. Ao exame físico, observamos uma frequência cardíaca de 132 bpm, pressão arterial 90 x 55 mmHg, frequência respiratória de 18 incursões/min, temperatura de 37,8 °C.

Qual é a primeira resposta terapêutica apropriada para a hipercalcemia desse paciente?

- a) Furosemida venosa, 80 mg.
- b) Hidratação agressiva com solução salina intravenosa.
- c) Hidrocortisona 100 mg ao dia.
- d) Não há necessidade de terapia, pois o nível de cálcio corrigido pela albumina está normal.
- e) Ácido zoledrônico, 4 mg via intravenosa.

19. Um homem de 50 anos de idade, com história de diabetes *melitus*, hipertensão e abuso anterior de narcóticos chega à emergência do Hospital Nova Esperança com alteração do estado mental. Na apresentação, o paciente encontra-se obnubilado. Os valores do exames laboratoriais colhidos na emergência são o seguinte: pH= 7,21; PaCO₂ =26; HCO₃⁻ = 12; Na⁺ = 145; cloreto = 100 e glicose = 180 mg/dl.

Qual distúrbio metabólico acidobásico desse paciente?

- a) Acidose metabólica e acidose respiratória combinados.
- b) Acidose metabólica.
- c) Alcalose metabólica.
- d) Acidose respiratória.
- e) Alcalose respiratória.

20. Uma mulher de 24 anos de idade procura ambulatório de clínica médica no Centro de Saúde Nova Esperança, com exantema de distribuição difusa no dorso, nas nádegas, cotovelos e joelhos. O exantema começou de forma súbita com prurido intenso e sensação de queimação. A biopsia da lesão revela dermatite neutrofílica nas papilas dérmicas, enquanto a imunofluorescência mostra depósitos granuloso de IgA na derma papilar e ao longo da membrana basal epidérmica. Os exames de laboratório são todos normais, exceto por uma deficiência de vitamina D e uma ferritina baixa, que não responderam à reposição oral.

Qual o provável diagnóstico do caso em questão?

- a) Anemia perniciosa com dermatite esfoliativa.
- b) Doença de Whipple com dermatite atópica.
- c) Anemia perniciosa com exantema súbito.
- d) Doença celíaca com dermatite herpetiforme.
- e) Linfangiectasia intestinal com linfedema pruriginoso.

21. Uma mulher de 24 anos de idade procura ambulatório de clínica médica do Centro de Saúde Nova Esperança devido o surgimento de uma “glândula tumefeita” no lado direito do pescoço. Percebeu pela primeira vez esse aumento há cerca de duas semanas e se sentiu fadigada com dor de garganta e febre baixa durante todo esse período. Ao exame físico ela apresenta linfonodo cervical posterior direito de 2cm dominante, de consistência elástica e móvel. É hipersensível à palpação. Além disso, também existem vários linfonodos de 0,5 a 1cm nas cadeias cervicais anteriores e posterior bilateralmente, bem como em área occipital.

Qual achado não fala a favor de um gânglio benigno?

- a) Idade < 50 anos.
- b) Comprometimento de múltiplos linfonodos.
- c) Presença de mobilidade ao exame.
- d) Presença de hipersensibilidade a palpação.
- e) Tamanho do linfonodo dominante > ou = a 2 cm.

22. Uma mulher de 32 anos de idade é internada na enfermaria do Hospital Nova Esperança com queixa de dor na coxa direita. Recebe tratamento empírico com oxacilina por via intravenosa por uma possível celulite. Na internação, o médico percebe que a dor parece ser desproporcional à quantidade de celulite sobrejacente. No decorrer das próximas 24 horas, a paciente desenvolve choque séptico profundo, complicado com hipotensão, insuficiência renal aguda e evidências de coagulação intravascular disseminada. A tomografia computadorizada da coxa revela um acúmulo de líquido com gás na fáscia profunda da perna direita. Planeja-se a evacuação cirúrgica de emergência.

Que mudanças na antibioticoterapia da paciente deverão ser recomendadas?

- a) Continuar oxacilina e acrescentar clindamicina.
- b) Continuar oxacilina e acrescentar clindamicina e gentamicina.
- c) Suspender a oxacilina e acrescentar clindamicina, vancomicina e gentamicina.
- d) Suspender a oxacilina e acrescentar piperacilina/tazobactam e vancomicina.
- e) Suspender a oxacilina e acrescentar vancomicina e gentamicina.

23. Um homem de 45 anos de idade procura emergência do Hospital Nova Esperança com queixa de tosse e febre há dois dias. A tosse é produtiva com escarro verde escuro e espesso. Tem antecedentes pessoais patológicos de dislipidemia tratada com rosuvastatina. Em seus hábitos diários não estão incluídos o uso de cigarros ou álcool; refere atividade física regular quatro vezes por semana. Não teve contato com pessoas doentes e não lembra a última vez que fez uso de algum antibiótico. Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, consciente, orientado, seus sinais vitais constam de: PA: 130 x 75 mmHg; FC: 87 bpm, FR: 20 incursões/minuto e SaO₂: 96 % em ar ambiente. Há crepitações na base do pulmão direito, bem com egofonia. A radiografia do tórax mostra uma consolidação segmentar em lobo inferior do pulmão direito, com broncograma aéreo.

Qual a abordagem mais apropriada para o tratamento desse paciente?

- a) Obter cultura de escarro e aguardar resultado de antibiograma para iniciar tratamento.
- b) Realizar tomografia do tórax para a possibilidade de pneumonia pós-obstrutiva.
- c) Internamento hospitalar imediato e prescrição de antibióticos venosos.
- d) Tratar com azitromicina.
- e) Tratar com moxifloxacina.

24. Paciente do sexo feminino, de 82 anos de idade, com diagnóstico prévio de demência, reside em um abrigo de idosos há 5 anos. Teve avaliação do clínico para avaliação de diarreia há quatro semanas. Nessa época, uma amostra de fezes foi positiva para *clostridium difficile* pela PCR, e ela foi prontamente tratada com metronidazol oral, que produziu alguma melhora dos sintomas. Entretanto, há 4 dias passou a apresentar novamente cinco evacuações por dia, com fezes amolecidas e agora com hipersensibilidade abdominal. A PCR nas fezes continua positiva. Qual a terapia mais adequada?

- a) Transplante de microbiota fecal.
- b) Imunoglobulina intravenosa.
- c) Metronidazol oral.
- d) Nitazoxanida oral.
- e) Vancomicina oral.

25. Uma mulher de 24 anos de idade é atendida na emergência do Hospital Nova Esperança devido a uma queixa de dispneia e chiado no peito. Relata que esses sintomas pioram com prática de exercícios ao ar livre ou em contato com pelo de animais domésticos. Tem passado de crises de rinite alérgica na primavera e verão, e na infância sofreu de um eczema muito pruriginoso nas fossas cubitais e poplíteas. Ao exame físico, apresenta sibilos expiratórios à ausculta pulmonar. As provas de função pulmonar revelam VEF1 de 2,67 (79% do valor preditivo), CVF de 3,8 L (86% do valor preditivo). Após a administração de salbutamol, o VEF1 aumenta para 3 L (12,4%).

Qual das afirmações é **verdadeira** em relação ao caso dessa paciente?

- a) A confirmação do diagnóstico necessita de teste estimulatório com metacolina.
- b) A taxa de mortalidade da doença vem aumentando ao longo da última década.
- c) O fator de risco mais comum em indivíduos com esse distúrbio é a predisposição genética.
- d) A prevalência do distúrbio não se modificou nessas últimas décadas.
- e) A gravidade da doença não varia significativamente em um mesmo paciente.

26. Um homem de 48 anos de idade chega ao serviço de emergência do Hospital Nova Esperança devido a um quadro de dor torácica. Essa dor surgiu após deglutir um pedaço de bife em um restaurante. Relata a ocorrência de episódios intermitentes de carne presa, projeção do tórax inferior nos últimos três anos, porém, nenhum tão intenso como este último. Nega regurgitações de alimentos fora desse período ou queimação retroesternal. Consegue ingerir líquidos sem dificuldade e não teve nenhuma perda de peso.

Qual diagnóstico mais provável?

- a) Acalasia.
- b) Adenocarcinoma de esôfago.
- c) Divertículos esofágicos.
- d) Síndrome de Plummer-Vinson.
- e) Anel de Schatzki.

27. Um homem de 54 anos de idade procura a emergência do Hospital Nova Esperança para resolução do quadro de diarreia que ocorre há 1 mês. Declara ter de 10 a 12 evacuações de fezes moles por dia. Perdeu 4 kg nesse período. O exame físico e os sinais vitais são normais. A bioquímica sanguínea também está dentro da normalidade. Uma coleta de fezes de 24 horas revela 500g de fezes com osmolaridade fecal medida de 200 mOsmol/L e osmolaridade fecal calculada de 210 mOsmol/L.

Com base nesses achados, qual a causa mais provável da diarreia desse paciente?

- a) Pancreatite crônica.
- b) Espriu celíaco.
- c) Deficiência de lactase.
- d) Tumor secretor de peptídeo intestinal vasoativo.
- e) Doença de Whipple.

28. Um paciente do sexo masculino de 37 anos de idade teve diagnóstico recente de hipertensão arterial sistêmica. Foi prescrito lisinopril como monoterapia inicial. Ele toma a medicação durante três dias, como lhe foi prescrito, e no terceiro dia percebe que sua mão esquerda está edemaciada, levemente pruriginosa e com formigamento. Mais tarde, nesse mesmo dia, os lábios também edemaciaram e apresentou dificuldade para respirar.

Qual alternativa descreve a condição desse paciente?

- a) Os sintomas são secundários à ativação direta de mastócitos pelo lisinopril.
- b) Os sintomas são devido à degradação de bradicininas associada ao lisinopril.
- c) Não haverá recidiva dos sintomas se a medicação for mudada para enalapril.
- d) A análise do sangue periférico revelará uma deficiência do inibidor de C1.
- e) Os níveis plasmáticos de IgE provavelmente estão elevados.

29. Uma mulher de 32 anos de idade com diagnóstico prévio de lúpus eritematoso sistêmico é avaliada pelo clínico no acompanhamento de rotina. Um novo sopro cardíaco é audível e o médico prontamente solicita um ecocardiograma. Ela se sentindo bem, não teve febre, nem perda de peso e não possui cardiopatia preexistente. O ecocardiograma revela uma vegetação na valva mitral.

Qual das seguintes afirmativas é **verdadeira**?

- a) As hemoculturas provavelmente não são positivas.
- b) O tratamento com corticosteroides produz comprovadamente melhora nessa condição.
- c) Com frequência, verifica-se concomitantemente pericardite.
- d) A lesão apresenta baixo risco de embolização.
- e) A paciente usou substâncias injetáveis às escondidas.

30. Uma mulher de 57 anos de idade com depressão e enxaqueca crônica queixa de ter a boca e os olhos secos há vários anos. A principal queixa agora é não conseguir mais comer seus biscoitos favoritos; entretanto ao ser questionada, ela relata também fotossensibilidade e queimação dos olhos. Não apresenta nenhum outro sintoma associado. O exame físico revela uma mucosa oral seca, eritematosa e com saliva espessada.

Todos os exames são positivos nesse caso, **exceto**:

- a) Anticorpo anti- La/SS-B.
- b) Anticorpo anti- Ro/SS-A.
- c) Teste de Schirmer.
- d) Anticorpo anti – Scl-70.
- e) Sialometria.