

RESIDÊNCIA MÉDICA UNESC 2017

CARDIOLOGIA

Inscrição nº:

--	--	--	--	--	--



CLÍNICA MÉDICA

As duas próximas questões referem-se ao quadro clínico de um mesmo paciente:

Questão 01

Paciente masculino, 55 anos, procura pronto atendimento com aumento do volume abdominal com início há 2 meses e piora na última semana. Ao exame físico apresenta-se consciente, flapping de membros superiores, desnutrido, hipocorado +/4, anictérico acianótico; tórax sem alterações, ausculta pulmonar reduzida em bases; abdome globoso, flácido, presença de ascite volumosa, fígado não palpável, baço palpável no nível RCE; membros inferiores edema +/4. Dentre as alternativas abaixo, assinale a que apresenta melhor propedêutica investigativa para a condução do caso:

- Realização de paracentese diagnóstica e de alívio, com retirada no máximo de 6l de líquido ascítico sem reposição de albumina e solicitação de enzimas da função hepática (albumina, TAP, Bilirrubinas).
- Realização de paracentese diagnóstica e de alívio, com retirada de no máximo 4l de líquido ascítico com reposição de albumina, e solicitação de enzimas da função hepática (TGO, TGP, FA GGT).
- Realização de paracentese diagnóstica e de alívio, com retirada de no máximo 4l de líquido ascítico sem reposição de albumina, e solicitação de enzimas da função hepática (albumina, TAP, Bilirrubinas).
- Realização de paracentese diagnóstica e de alívio, com retirada do máximo de líquido ascítico possível, sem reposição de albumina, e solicitação da função hepática (albumina, TAP, Bilirrubinas).
- Realização de paracentese diagnóstica e de alívio, com retirada do máximo de líquido ascítico possível, com reposição de albumina, e solicitação da função hepática (TGO, TGP, FA, GGT).

Questão 02

Após realização da paracentese uma amostra do líquido ascítico foi enviada para análise laboratorial, assim como também foram coletados exames bioquímicos sanguíneos. Avalie os resultados da análise do líquido ascítico e de alguns dos exames laboratoriais solicitados e escolha a alternativa correta:

LIQUIDO ASCITICO

LDH: 58U/L

Glicose: 108mg/dl

Amilase: 27mg/dl

Proteína total: 1,1g/dl

Albumina: 0,8g/dl

Leucócitos: 269 cels/mm

Neutrófilos: 91cels/mm

SANGUE

Proteína Total: 4,6g/dl

Albumina: 2,8g/dl

Glicemia: 108mg/dl

Creatinina: 2,1mg/dl

Bilirrubina Total: 1,9mg/dl

Bilirrubina direta: 1,1mg/dl

Atividade de protrombina: 57%

- O líquido ascítico é compatível com hipertensão portal (GASA =2) e o paciente deve ser manejado com diuréticos (espironolactona 100mg/dia e furosemida 40mg/dia).
- O líquido ascítico não é compatível com hipertensão portal (GASA=3.5) e o paciente deve ser melhor investigado antes de ser manejado com diuréticos.
- O líquido ascítico é compatível com hipertensão portal (GASA=2) e o paciente deve ser manejado com expansão volêmica com albumina antes da introdução de diuréticos.
- O líquido ascítico é compatível com hipertensão portal (GASA=3,5) e o paciente deve ser manejado com antibiótico (cefalosporina de terceira geração), pois apresenta peritonite bacteriana espontânea.
- O líquido ascítico não é compatível com hipertensão portal (GASA<1,1) e o paciente deve ser manejado com diuréticos (espironolactona 100mg/dia e/ou furosemida 40mg/dia).

Questão 03

Paciente masculino 35 anos, casado, pardo, previamente hígido, ao tentar doar sangue, descobriu ser portador de anti-HBc total reagente e HBsAg positivo. Foi encaminhado para avaliação médica. Não tinha história de tabagismo, etilismo ou uso de drogas ilícitas, monogâmico há 8 anos, mas refere ter sido um jovem muito namorador". Exame físico geral sem anormalidades; abdome plano indolor, fígado palpável a 3 cm do RCD, superfície lisa, consistência levemente aumentada e borda fina, baço não palpável. Os exames iniciais a serem solicitados para avaliar a fase da doença no paciente e posterior indicação de tratamento são:

- a) HBeAg e anti- HBe para saber se o vírus encontra-se replicando e as aminotransferases (TGO e TGP) para avaliar nível de lesão hepática.
- b) HBeAg e anti- HBe para saber se o vírus encontra-se em fase de replicação e indicar início de tratamento. Não há necessidade de solicitar dosagem de aminotransferases (TGO e TGP).
- c) Anti-HBc IgM e IgG para avaliar a aproximadamente quanto tempo o paciente se contaminou e as aminotransferases (TGO e TGP) para avaliar nível de lesão hepática.
- d) HBeAg e anti- HBe para saber se o vírus encontra-se replicando. E HBV-DNA quantitativo para indicar tratamento.
- e) HBV-DNA quantitativo para indicar o tratamento, uma vez que o paciente apresentando anti-HBc total reagente e HBsAg positivo se encontra na fase crônica da doença.

Questão 04

Paciente, 66 anos, branca, viúva, dá entrada no pronto-socorro após relato de quadro de fezes escurecidas em casa. Paciente diabética de longa data e com hipotireoidismo. Faz uso domiciliar de insulina NPH e levotiroxina. À admissão apresenta-se hipocorada +/4, hidratada, afebril, anictérica; sem déficits neurológicos focais; tórax sem alterações; PA:126/70mmhg fC: 72. Exames de admissão: Hb: 6,8 (13 - 16g/dl) Ht: 20(38 - 50%) VCM: 117fl (80 - 100fl) RDW: 17(11,4 - 15%) leucócitos: 3.700 (3.500 - 8.000) Plaqueta: 128.000 (150.000 - 450.000).

Mediante o quadro clínico apresentado e o resultado do hemograma, assinale a alternativa que apresente o principal exame a ser solicitado para propedêutica investigativa assim como a principal hipótese para a anemia da paciente:

- a) Colonoscopia diagnóstica, sendo a principal hipótese diagnóstica para a anemia uma HDB (hemorragia digestiva baixa) por doença diverticular.
- b) Endoscopia digestiva alta com biópsias, sendo a principal hipótese diagnóstica para a anemia uma HDA (hemorragia digestiva alta) por úlcera péptica.
- c) Endoscopia digestiva alta com biópsias, sendo a principal hipótese diagnóstica para a anemia uma HDB (hemorragia digestiva baixa) por úlcera péptica.
- d) Colonoscopia com biópsias, sendo a principal hipótese diagnóstica para a anemia uma HDB (hemorragia digestiva baixa) por neoplasia de cólon direito.
- e) Endoscopia digestiva alta com biópsias, sendo a principal hipótese diagnóstica para a anemia uma gastrite auto-imune.

Questão 05

Paciente feminina, 35 anos, obesa, refere epigastralgia tipo queimação, sem irradiação, nos últimos 4 anos, com piora no último mês após ter perdido o emprego. Realizada consulta em unidade de saúde e prescrito tratamento com inibidor de bomba de prótons em dose padrão por 8 semanas. Dois meses depois a paciente volta à consulta médica mantendo as queixas. A melhor conduta em relação ao caso seria:

- a) Realização de Endoscopia Digestiva Alta para avaliação de possíveis lesões da mucosa gástrica que estariam contribuindo para os sintomas.
- b) Realização de pesquisa para *H.pylori* por meio não invasivo ou invasivo.
- c) Realização de USG de abdome superior para diagnóstico diferencial com colelitíase.
- d) Realização de troca do inibidor de bomba por outro de classe superior.
- e) Realização de novo trial de 12 semanas, com o mesmo inibidor de bomba, porém em dose dobrada.

Questão 06

Homem, 68 anos, internado na UTI há 2 semanas devido à DPOC exacerbada, com uso recente de antibióticos e corticosteroides. Apresenta quadro de febre, dor abdominal e diarreia aquosa há 1 semana, com muco e sem sangue nas fezes. A principal hipótese diagnóstica e propedêutica investigativa a serem consideradas nesse momento são:

- a) Doença Inflamatória intestinal e solicitação de calprotectina fecal.
- b) Colite isquêmica e solicitação de colonoscopia.
- c) Estrongiloidíase disseminada e solicitação de EPF.
- d) Colite por citomegalovírus e solicitação de sorologia.
- e) Colite pseudomembranosa e solicitação das toxinas A e B do *Clostridium* nas fezes.

Questão 07

Na abordagem do paciente tabagista, é importante identificar o grau de motivação para cessação do tabagismo. Qual dos seguintes estágios de mudança comportamental seria a melhor momento do tratamento farmacológico?

- a) Fase de ação.
- b) Fase pré-contemplativa.
- c) Fase contemplativa.
- d) Fase de preparação para a ação.
- e) Nenhuma das anteriores.

Questão 08

A definição de asma de difícil controle inclui critérios maiores e menores, baseados em aspectos clínicos e funcionais. Qual das alternativas inclui um desses critérios?

- a) Paciente asmático que já foi internado em UTI devido a crise de broncoespasmo grave.
- b) Paciente com necessidade de altas doses de corticoides inalatórios para o tratamento e com controle inadequado da doença.
- c) Paciente com uso de corticoide sistêmico contínuo que não está usando corticoide inalatório.
- d) Paciente com necessidade de beta-agonista de curta duração várias vezes ao dia que não está usando corticoide inalatório.
- e) Paciente com crises diárias apesar do uso de corticoide inalatório baixas doses e beta-agonista de longa duração.

Questão 09

Em relação a definição de DPOC, o critério funcional $VEF1/CVF < 0,7$ torna o diagnóstico fixo e objetivo, porém, recentes trabalhos incluem outros critérios pra o diagnóstico e classificação da doença. Qual das alternativas está correta em relação ao diagnóstico e classificação da DPOC?

- a) O valor de VEF1 isoladamente indica a gravidade da DPOC e indica o tratamento.
- b) O valor de VEF/CVF é utilizado para a classificação da gravidade da DPOC.
- c) O número de exacerbações no ano, associado ao valor de VEF1 e grau de dispneia do paciente, são os melhores critérios pra classificação de gravidade e tratamento da DPOC.
- d) Valor de CVF após BD na espirometria estima gravidade e melhor tratamento da DPOC.
- e) A piora da dispneia isoladamente já indica aumentar doses de beta-agonista de longa duração no tratamento da DPOC.

Questão 10

Qual das alternativas incluem causas de bronquiectasias?

- a) Fibrose cística, cirrose hepática, HIV.
- b) Infecções pulmonares, Fibrose cística, Hipergamaglobulinemia.
- c) Fibrose cística, hepatite auto-imune, deficiência de alfa 1 anti-tripsina.
- d) Infecções pulmonares, Fibrose pulmonar idiopática, HIV.
- e) Infecções pulmonares, Pneumonia de hipersensibilidade, asma.

Questão 11

Qual das alternativas incluem doenças intersticiais pulmonares?

- a) Pneumonia de hipersensibilidade e fibrose pulmonar idiopática.
- b) Bronquiectasia e enfisema.
- c) Bronquiectasia e fibrose pulmonar.
- d) Pneumonia de hipersensibilidade e micobacteriose pulmonar atípica.
- e) Pneumonia em organização e bronquiectasia.

Questão 12

A apneia do sono é uma doença que frequentemente faz parte de síndromes clínicas incluindo várias doenças. A associação com obesidade e obstrução de vias aéreas pode causar hipoventilação alveolar, que compreende as seguintes alterações:

- Valor de VEF1 < 60% e pico de fluxo < 30%.
- SatO2 < 90% e PH < 7,30.
- PH > 7,30 e PaO2 < 50 mmHg.
- PaCO2 > 45 mmHg e PaO2 < 70 mmHg.
- SatO2 < 90% e VEF1 < 60%.

Questão 13

O estado do Espírito Santo tem grande número de empresas de extração de granito. Os trabalhadores dessas empresas podem inalar partículas de sílica, causando uma doença ocupacional. A silicose é uma doença sem cura e que pode aumentar o risco de desenvolvimento de outras doenças pulmonares, **exceto**:

- Tuberculose.
- Câncer de pulmão.
- Doenças reumatológicas.
- Pneumotórax.
- DPOC.

Caso clínico para as duas próximas questões:

Paciente de 87 anos, masculino, com síndrome demencial em estágio avançado (FAST 7C), é diagnosticado com neoplasia gástrica. Foram detectadas metástases pulmonares e hepáticas já no momento do diagnóstico. Como o paciente não tem status clínico que lhe permita tratamento cirúrgico nem quimioterápico, foi indicado tratamento paliativo exclusivo. O paciente apresentou infecção do trato urinário. Mora a 15 minutos do hospital, mas a família optou por mantê-lo internado em domicílio, via *Home Care*, para antibioticoterapia venosa. Iniciado esquema antimicrobiano de largo espectro, baseado em antibiograma, seguindo o paciente sem boa resposta clínica após 72h do início do tratamento. Realizada troca do esquema antibiótico, com cobertura antimicrobiana mais ampla. Sabendo que, no período em que o paciente era lúcido e sem prejuízos cognitivos, ele havia comunicado ao seu médico e familiares a intenção de não ser submetido a medidas invasivas de suporte avançado à vida no final da vida, caso diagnóstico de doença incurável e incapacitante, foi optado por manutenção do paciente em domicílio e cuidados de fase final de vida.

Questão 14

Mesmo no segundo esquema antimicrobiano, não houve resolução do processo infeccioso. Apesar de não aparentar dor, o paciente evoluiu com dispneia refratária e vômitos incoercíveis. Diante desta situação, qual seria a conduta mais adequada?

- A sedação paliativa é condição não permitida pelo Código de Ética Médica e em nenhuma condição deveria ser aplicada a este paciente. Logo, a melhor conduta seria realizar Intubação Orotraqueal ainda em domicílio e então realizar transferência ao hospital mais próximo.
- Transferir o paciente ao hospital, iniciar sedação e fornecer medidas de suporte invasivo em ambiente hospitalar.
- Como o paciente gostaria de permanecer em casa, iniciar sedação profunda e contínua em domicílio.
- Se equipe médica e familiares estiverem de acordo, iniciar medidas para controle de dispneia e vômitos em domicílio. Avaliar sedação paliativa apenas se sintomas refratários e transferi-lo ao hospital apenas se sintoma não controlado.
- Não realizar o desejo do paciente por tratar-se de condição de ameaça à continuidade da vida e deixar de levá-lo ao hospital pode representar negligência médica.

Questão 15

O desejo de não realizar medidas invasivas não foi deixado pelo paciente por escrito ou registrado em cartório, mas havia sido registrado pelo médico assistente em seu prontuário. Diante desta situação:

- a) O prontuário médico é um documento. O simples fato de ali registrar o desejo do paciente acerca de como gostaria de ser tratado em sua fase final de vida, na presença de uma testemunha, já é condição suficiente para a tomada de decisão.
- b) A resolução 1995/2012 diz que não é permitida a mudança ou revogação da diretiva antecipada de vontade firmada pelo paciente e registrada pelo médico em prontuário. Desta forma, mesmo que o paciente mude de opinião em relação à vontade inicial, cabe ao médico executar o que foi inicialmente definido.
- c) O médico levará em consideração as diretivas antecipadas de vontade em todas as situações, mesmo quando estas estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica.
- d) A diretiva antecipada de vontade, ou testamento vital, representa situação incomum na prática médica. Considerando que doenças ameaçadoras à continuidade da vida determinam intenso sofrimento psicológico, o médico assistente pode considerar que a decisão tomada pelo doente foi baseada na emoção e por este motivo nunca deverá ser respeitada.
- e) O fato de o paciente apresentar síndrome demencial avançada inviabiliza a consideração de qualquer decisão prévia tomada pelo paciente, mesmo que esta decisão tenha ocorrido ainda em momento de domínios cognitivos preservados.

Questão 16

Na avaliação funcional do paciente geriátrico, as atividades consideradas básicas da vida diária incluem:

- a) Banho, Vestuário, Finanças, Compras e Uso do Telefone.
- b) Vestuário, Uso de medicações, Finanças, Banho e Continência.
- c) Banho, Continência, Higiene Pessoal, Transferência (Mobilidade) e Vestuário.
- d) Continência, Compras, Vestuário, Alimentação e Uso do Telefone.
- e) Alimentação, Banho, Compras, Higiene Pessoal e Uso do Telefone.

Questão 17

A mão é frequentemente acometida pela Osteoartrite. Quando há comprometimento das articulações interfalangianas proximais há desenvolvimento de saliências ósseas de aspecto nodular, facilmente identificáveis na face dorsolateral das falanges. Como são denominados estes nódulos?

- a) Heberden.
- b) Bouchard.
- c) Baker.
- d) Schmörl.
- e) Osler.

Questão 18

São mudanças relacionadas ao envelhecimento e que aumentam o risco de quedas:

- a) Aumento na velocidade de marcha e redução da amplitude do passo.
- b) Flexão plantar aumentada na fase final de apoio.
- c) Redução da percepção auditiva e aumento da amplitude do passo.
- d) Aumento da visão periférica e da visão de contraste.
- e) Diminuição do balanço dos braços, da rotação da pelve e do apoio unipodal.

Questão 19

Uma mulher de 76 anos apresenta-se no setor de emergência com piora na falta de ar. Ela tem uma história médica pregressa de diabetes melito e estenose aórtica. O exame físico identifica palidez, além de um sopro compatível com estenose aórtica. A concentração de hemoglobina dessa paciente é de 7,4 g/dL. Considerando riscos da paciente de apresentar tanto anemia por deficiência de ferro como anemia inflamatória, quais dos valores laboratoriais a seguir serão mais úteis no diagnóstico da causa de sua anemia?

- a) Capacidade Total de Ligação ao ferro e Nível de Ferro.
- b) Saturação de Transferrina e Nível de Ferritina.
- c) Nível de Ferro e Saturação de Transferrina.
- d) Nível de Ferritina e Capacidade Total de Ligação ao ferro.
- e) Nível de Ferro e Nível de Ferritina.

Questão 20

Assinale a alternativa correta sobre a neutropenia febril.

- a) É situação observada apenas em pacientes com neoplasia hematológica em tratamento quimioterápico.
- b) Devem-se colher culturas do paciente neutropênico febril, aguardando-se os resultados das mesmas para iniciar antibioticoterapia guiada pelo antibiograma.
- c) Devido à imunodepressão celular, o primeiro antimicrobiano a ser iniciado deve ser um antifúngico.
- d) Independentemente da etiologia da neutropenia, a febre pode decorrer de infecções por germes de baixa virulência, incluindo aqueles da flora normal do paciente.
- e) Os agentes Gram negativos são os mais prevalentes no desenvolvimento de processos infecciosos em pacientes neutropênicos febris.

Questão 21

Em um paciente, com 22 anos de idade, apresentando câimbras, fraqueza muscular e normotensão arterial, os achados laboratoriais mostraram hipopotassemia ($K = 2,5$ mEq/L), renina e aldosterona elevadas no sangue, alcalose metabólica, hipomagnesemia e excreção reduzida de cálcio na urina. Pela anamnese e pelas dosagens na urina, foram afastadas as possibilidades de vômitos sub-reptícios e abuso de diuréticos. A hipótese diagnóstica mais provável para explicar os achados clínicos e laboratoriais, nesse caso, é de:

- a) Síndrome de Gilteman.
- b) Síndrome de Bartter clássica.
- c) Hiperaldosteronismo primário.
- d) Síndrome de Liddle.
- e) Síndrome de Fanconi.

Questão 22

Como demonstrado em estudos epidemiológicos, o excesso de peso é um fator associado à elevação da pressão arterial. Com referência à hipertensão na obesidade, assinale a opção INCORRETA.

- a) Nos pacientes obesos, as alterações hemodinâmicas, como elevação do débito cardíaco e do volume plasmático, são fatores que contribuem para o aparecimento da hipertensão arterial.
- b) Quanto à hemodinâmica renal, após o ganho de peso, em geral, observa-se uma diminuição da taxa de filtração glomerular, do fluxo plasmático renal e aumento da resistência vascular renal.
- c) Um aumento na atividade simpática tem sido observado nos pacientes obesos e é uma das teorias para explicar a hipertensão nesses indivíduos.
- d) A perda de peso nos pacientes obesos hipertensos aumenta a resposta hipotensora à restrição de sódio e aos medicamentos anti-hipertensivos.
- e) O aumento da insulina plasmática, isoladamente, não é responsável pela hipertensão induzida pela obesidade.

Questão 23

Acerca da nefropatia diabética, assinale a opção incorreta.

- a) Valores repetidos de albuminúria entre 30 mg/dia e 300 mg/dia em um paciente com diabetes podem ser considerados como microalbuminúria e, usualmente, são indicativos de nefropatia.
- b) Nos pacientes diabéticos, a presença de microalbuminúria, além de sua relação com a doença renal, é um fator de risco para doença cardiovascular.
- c) Nos pacientes diabéticos do tipo II, com microalbuminúria, o uso de drogas inibidoras do receptor da angiotensina II do tipo 1 (BAT-1) não reduz a progressão da proteinúria e da doença renal.
- d) Nos pacientes diabéticos do tipo I com microalbuminúria, o controle rigoroso da glicemia e da hipertensão arterial e o uso de drogas inibidoras da enzima de conversão da angiotensina podem reduzir a excreção urinária de proteínas e retardar a progressão para macroalbuminúria.
- e) A hiperglicemia e os produtos de glicosilação induzem as células mesangiais a liberarem o fator de crescimento transformador beta (TGF- β), e este, por sua vez, promove o acúmulo de matriz mesangial intraglomerular.

Questão 24

Em pacientes com hemorragia digestiva alta é correto afirmar:

- a) O uso de octreotídeo está indicado nos casos de varizes de esôfago e nos casos de Mallory Weiss.
- b) O uso de bloqueadores H₂ é tão eficiente quanto o uso de bloqueadores de bomba de prótons nos casos de sangramento por úlcera gástrica.
- c) O uso do balão gastroesofágico é eficaz em parar o sangramento e pode permanecer colocados por até, no máximo, 4 dias.
- d) Pacientes hemodinamicamente instáveis e chocados devem ser intubados somente após a realização da endoscopia alta ou da colocação do balão gastroesofágico.
- e) A endoscopia digestiva alta é mandatória e tem alta resolutividade diagnóstica e terapêutica devendo ser realizada o mais rápido possível.

Questão 25

Sobre o atendimento inicial de um paciente com emergência neurológica, marque a alternativa correta:

- a) Pacientes com Glasgow iguais ou inferiores a 10 devem ser imediatamente intubados.
- b) Caso o paciente apresente convulsão, deve receber dose de ataque de diazepam e, a seguir, receber dose profilática de hidantal de 100mg a cada 8h EV.
- c) A tomografia de crânio com contraste é mandatória na maioria dos casos de emergência neurológica.
- d) Elevação da cabeceira em 60 graus ajuda a reduzir a pressão intracraniana e deve ser realizada em todos os pacientes.
- e) Caso o paciente apresente convulsão deve receber dose de diazepam para controle imediato da crise e, a seguir, receber dose plena de hidantalização (15 - 20 mg/kg), seguida de dose profilática 100 mg a cada 8h EV até ser esclarecida a causa da convulsão.

Questão 26

Mulher de 59 anos portadora de câncer de pulmão com metástase óssea, apresenta quadro de náuseas, constipação e confusão mental durante três dias. Exames laboratoriais revelaram hemoglobina de 13,5 g/dL, leucócitos de 12500/mm³, plaquetas 155000/mm³, sódio 149 mEq/L, potássio 4,8 mEq/L, bicarbonato 28 mEq/L, uréia 44 mg/dL, creatinina 1,8 mg/dL e cálcio 14 mg/dL. Qual a terapia inicial mais adequada?

- a) Fluidos intravenosos e bifosfonato.
- b) Fluidos intravenosos e hemodiálise.
- c) Fluidos intravenosos e nitrato de gálio.
- d) Fluidos intravenosos e plicamicina.
- e) Fluidos intravenosos e quimioterapia.

Questão 27

Qual alternativa indica o reflexo de Kocher-Cushing observado em pacientes com aumento da pressão intracraniana?

- a) Alterações no padrão da respiração, hipertensão e hipoglicemia.
- b) Alterações no padrão da respiração, hipertensão e bradicardia.**
- c) Alterações no padrão da respiração, cefaléia e bradicardia.
- d) Cefaléia, hipertensão e bradicardia.
- e) Cefaléia, hipertensão e hipoglicemia.

Questão 28

Paciente de 68 anos de idade, portadora de neoplasia de mama, submetida à quimioterapia há uma semana e evolui com febre de 39°C. O hemograma revela uma contagem de leucócitos de 1000/ μ L e uma contagem de neutrófilos de 150/ μ L. Ela possui um cateter venoso central que parece normal e não possui sinais e sintomas localizados. Uma terapia antibiótica apropriada consistiria em qual das opções a seguir?

- a) Cefepime + Vancomicina.
- b) Cefepime + Amicacina.
- c) Cefepime + Ciprofloxacina.
- d) Cefepime + Anfotericina B.
- e) Cefepime ou Piperacilina+Tazobactam.**

Questão 29

Paciente negro, de 48 anos, procura o pronto atendimento com quadro de cefaleia, náuseas e inquietação alternada com letargia, de início nas últimas 24h. Ao exame físico, apresenta-se sem déficits motores, sonolento, porém atendendo quando solicitado. Ritmo cardíaco regular, sopro sistólico 1+/ 6+ em foco aórtico, com FC de 72 bpm, pressão arterial de 220/ 130 mmHg (conferida nos 2 membros) e ausculta pulmonar limpa. Acerca do caso acima, podemos afirmar:

- a) Trata-se de uma pseudo-crise hipertensiva. Caso tomografia de crânio descartar hemorragia intra-cerebral, deve-se solicitar exame de fundo de olho. Em caso de evidência de papiledema, o diagnóstico mais provável é o de encefalopatia hipertensiva.
- b) Deve-se realizar imediatamente ressonância magnética de crânio, em busca de isquemia, pois a tomografia de crânio não é capaz de detectar alterações isquêmicas nas primeiras 48 hs. Caso houver território isquêmico definido, o paciente deve ser transferido para unidade de terapia intensiva para realizar trombólise imediatamente.
- c) Deve-se realizar tomografia de crânio imediatamente. Caso não houver alterações hemorrágicas, confirma-se quadro de acidente vascular encefálico do tipo isquêmico, uma vez que não são detectadas alterações isquêmicas na tomografia realizada nas primeiras 48h após o evento.
- d) O nível pressórico de entrada deve ser confirmado por 3 aferições dentro dos primeiros 10 minutos. Caso confirmado, trata-se de uma crise hipertensiva. Uma vez descartada hemorragia cerebral com a tomografia de crânio inicial, deve-se solicitar exame de fundo de olho para busca de lesão de órgão alvo (papiledema). Caso visualizado edema de papila, conclui-se tratar de emergência hipertensiva, e o paciente deve receber agentes hipotensores endovenosos em ambiente de terapia intensiva.**
- e) O sopro sistólico em foco aórtico é definidor de dissecção aguda de aorta. Trata-se de emergência hipertensiva, e o paciente deve ser submetido a cateterismo cardíaco com arteriografia para confirmação diagnóstica.

Questão 30

Paciente, sexo feminino, de 48 anos, portadora de Lupus Eritematoso Sistêmico, hipertensão e obesidade, procura cardiologista em consultório para avaliação de rotina. Encontra-se em uso de losartan, omeprazol e prednisona. Nos exames laboratoriais realizados, observa-se glicemia de jejum de 95 mg/ dL, colesterol total de 280 mg/ dL, HDL de 40 mg/ dL, VLDL de 30, triglicerídeos de 150 mg/ dL e LDL de 210 mg/ dL. Em relação à conduta específica com os níveis lipídicos, podemos afirmar:

- A presença da doença inflamatória (Lúpus) não interfere no risco cardiovascular global da paciente. Está indicado Sinvastatina, na dose inicial de 10 mg, associada ao Ezetimibe.
- Inicialmente, deve-se encorajar a paciente para realizar mudanças no hábito de vida, com dieta pobre em gorduras saturadas e atividade física regular. Caso não conseguir êxito em controle dos níveis lipídicos em 3 meses, está indicada Sinvastatina na dose inicial de 10 mg.
- Trata-se de paciente com alto risco cardiovascular, devido ao fato de ser portadora de doença inflamatória e também devido ao nível de LDL estar acima de 190 mg/dL. Desta forma, o tratamento deverá ser feito com estatinas de alta potência (por exemplo, atorvastatina de 40 mg), uma vez que o potencial em reduzir o LDL destas é mais alto.
- Não há evidências em relação às estatinas a ser utilizada neste caso. Portanto, devemos iniciar sempre com a menor dose possível de estatina, devido aos seus potenciais efeitos colaterais.
- Nenhuma das afirmações acima é verdadeira.

Questão 31

Em relação a quarta bulha(B4):

- Normalmente se trata de uma bulha fisiológica principalmente em mulheres jovens.
- É um ruído sistólico que se dá com contração vigorosa do ventrículo esquerdo.
- A fisiopatologia se dá pela rápida abertura da valva mitral.
- Na fibrilação atrial não se pode auscultar tal ruído.
- Trata-se de um ruído protodiastólico.

Questão 32

Em relação ao exame físico cardiovascular, está correto:

- No paciente longilíneo não há alteração na localização do ictus cordis.
- O pulso venoso geralmente é palpável e não tem mudança com a inspiração.
- A manobra de Valsalva reduz a maioria dos sopros com exceção dos sopros de cardiomiopatia hipertrófica e sopro do PVM (prolapso de valva mitral).
- As bulhas cardíacas, B1 e B2, traduzem à ausculta o fechamento das valvas semilunares e trioventriculares respectivamente.
- Ao contrário da inspeção e palpação, o método semiológico mais utilizado é a percussão.

Questão 33

O pulso paradoxal comumente está presente na seguinte patologia:

- Sepse.
- Tamponamento cardíaco.
- Regurgitação aórtica.
- Estenose Aórtica.
- Insuficiência ventricular esquerda.

Questão 34

O eletrocardiograma é o método propedêutico complementar mais utilizado para avaliação cardiovascular. Em sua apresentação normal e em relação a sua técnica de realização, pode-se afirmar:

- A onda P representa a despolarização atrial.
- A onda T representa a repolarização atrial.
- O complexo QRS representa a repolarização atrial.
- As derivações precordiais são descritas por D1, D2, D3, aVL, aVR e aVF.
- O registro eletrocardiográfico independe da posição dos eletrodos posicionados no membros superiores e inferiores, não havendo portanto alteração em seu traçado.

Questão 35

Dentre os exames abaixo, o que melhor auxilia na caracterização do efeito do avental branco é:

- a) Holter 24h.
- b) Eletrocardiograma com 12 derivações.
- c) Manobra vagal.
- d) Ecocardiograma bidimensional transtorácico.
- e) MAPA 24h.

Questão 36

Paciente jovem, 25 anos, sexo masculino, IMC de 23, hipertenso de difícil controle em uso de IECA, ao qual evoluiu com piora da função renal, apresentando, em seu exame físico, sopro abdominal sistólico/diastólico. A principal suspeita diagnóstica é:

- a) Hiperaldosteronismo primário.
- b) Doença Renovascular.
- c) Feocromocitoma.
- d) Síndrome de Cushing.
- e) Coarctação de aorta.

Questão 37

Paciente hipertenso procurou posto de saúde em bairro que reside, com queixa de tosse seca, sem demais alterações em exame físico. A provável medicação em uso contínuo pelo mesmo é:

- a) Atenolol.
- b) Losartana.
- c) Anlodipino.
- d) Metildopa.
- e) Captopril.

Questão 38

Dentre os achados abaixo, o que representa pior prognóstico na estenose aórtica grave é:

- a) Dispnéia.
- b) Síncope.
- c) Angina.
- d) Sopro de Austin Flint.
- e) Sopro sistólico mais audível em foco aórtico.

Questão 39

Paciente, sexo masculino, 35 anos, previamente hígido, exceto por relatar faringoamigdalite de repetição na infância e adolescência, baixa condição socioeconômica, refere dispnéia progressiva aos esforços, de início recente, associada à palpitação, com piora nas últimas 24h, procurando o PS da cidade de origem, taquipnéico, PA: 130x80 mmHg, RCR, 2T, FC: 100 bpm, estertores discretos em bases, presença de Sopro diastólico (ruflar diastólico) mais audível no ictus, podendo corresponder à seguinte vavopatia:

- a) Insuficiência Aórtica.
- b) Insuficiência Mitral.
- c) Estenose Aórtica.
- d) Estenose Mitral.
- e) Comunicação interatrial.

Questão 40

Dentre as drogas abaixo, a que mostrou não reduzir mortalidade na insuficiência cardíaca foi:

- a) Succinato de Metoprolol.
- b) Espironolactona.
- c) Digoxina.
- d) Enalapril.
- e) Losartana.

Questão 41

Paciente hipertenso em tratamento medicamentoso monoterápico, procura atendimento ambulatorial com queixa de edema de membros inferiores após instituir a seguinte medicação:

- a) Anlodipino.
- b) Ramipril.
- c) Clonidina.
- d) Olmesartana.
- e) Propranolol.

Questão 42

O betabloqueador melhor indicado em paciente portador de insuficiência cardíaca sistólica é DPOC é:

- a) Nebivolol.
- b) Bisoprolol.
- c) Carvedilol.
- d) Tartarato de metoprolol.
- e) Atenolol.

Questão 43

Dentre as contra-indicações ao uso da ivabradina na insuficiência cardíaca crônica está:

- a) Fração de ejeção menor que 35%.
- b) Frequência cardíaca maior que 70bpm.
- c) Paciente sintomáticos.
- d) Uso de betabloqueadores.
- e) Fibrilação atrial.

Questão 44

O tempo porta agulha e porta balão no que diz respeito ao tratamento de síndrome coronariana aguda com supra de ST, corresponde respectivamente a:

- a) 60 e 120 minutos.
- b) 15 e 30 minutos.
- c) 90 e 30 minutos.
- d) 30 e 90 minutos.
- e) 45 e 60 minutos.

Questão 45

Dentre as contra-indicações absolutas ao uso de fibrinolítico nos infartos com supra de ST, é correto afirmar:

- a) Suspeita de dissecação de aorta.
- b) AVC isquêmico nos últimos 6 meses.
- c) Hipertensão arterial sistêmica.
- d) Uso de Ticagrelor.
- e) Menstruação.

Questão 46

Na cardiopatia chagásica as manifestações eletrocardiográficas normalmente precedem as manifestações clínicas. Dentre as alterações mais comuns ao ECG, está:

- a) Fibrilação atrial.
- b) Supra de segmento PR.
- c) Bloqueio de Ramo Direito.
- d) Onda delta.
- e) Onda J de Osborn.

Questão 47

Assinale a afirmativa que corresponde a sinal periférico de insuficiência aórtica:

- a) Sinal de Lenander.
- b) Sinal de Osler.
- c) Sinal de Murphy.
- d) Sinal de Landolfi.
- e) Sinal de Janeway.

Questão 48

Dentre as opções abaixo, é causa de parada cardio-respiratória:

- a) Hipercalcemia.
- b) Intoxicação por Organofosforado.
- c) Hiperglicemia.
- d) Trombose venosa profunda.
- e) Hipertermia.

Questão 49

A Tetralogia de Fallot é caracterizada por:

- a) Hipertrofia Ventricular direita, CIA, dextroposição da aorta e estenose pulmonar.
- b) Hipertrofia Ventricular esquerda, CIV, dextroposição da aorta e estenose pulmonar.
- c) Hipertrofia Ventricular direita, CIV, dextroposição de aorta e estenose aórtica.
- d) Hipertrofia Ventricular direita, CIV, persistência do canal arterial e estenose pulmonar.
- e) Hipertrofia Ventricular direita, CIV, dextroposição da aorta e estenose pulmonar.

Questão 50

Dentre os biomarcadores séricos abaixo, o mais específico para necrose miocárdica é:

- a) Mioglobina.
- b) BNP.
- c) CK-MB.
- d) Troponina.
- e) Interleucina 6.

PROVA RESIDÊNCIA MÉDICA UNESC 2017 MATERIAL PARA ESTUDO