

**RESIDÊNCIA MÉDICA 2023****PUC-SP****PROVA 21/11/2022****PROVA: ÁREA BÁSICA / ACESSO DIRETO****GABARITO DAS QUESTÕES OBJETIVAS**

CLÍNICA MÉDICA	
1	C
2	D
3	B
4	C
5	A
6	B
7	B
8	D
9	C
10	B
11	B
12	A
13	A
14	D
15	B

PEDIATRIA	
31	A
32	B
33	D
34	D
35	C
36	D
37	B
38	D
39	D
40	C
41	A
42	B
43	A
44	A
45	A

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	
61	B
62	D
63	B
64	D
65	B
66	C
67	A
68	A
69	B
70	D
71	A
72	B
73	D
74	D
75	C

CIRURGIA GERAL	
16	B
17	A
18	B
19	D
20	C
21	A
22	C
23	C
24	A
25	C
26	D
27	C
28	A
29	B
30	A

MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL	
46	A
47	D
48	D
49	D
50	C
51	B
52	A
53	A
54	C
55	B
56	A
57	B
58	C
59	B
60	C



RESPOSTAS DAS QUESTÕES DISSERTATIVAS

CLÍNICA MÉDICA

a) Com essas informações, quais seriam suas hipóteses diagnósticas para este paciente e para a massa na região supraclavicular?

Resposta: Mieloma múltiplo, Plasmocitoma, Mínimo as 2 hipóteses para alcançar (1 ponto)

Foi introduzida hidratação, alopurinol, realizados exames de imagem para estadiamento e 24 horas após, iniciou tratamento com Pamidronato, Bortezomibe, Talidomida e Dexametasona. No 4º dia de Internação foi solicitada vaga na Unidade de Terapia Intensiva, porque apresentava-se taquicárdico, normotenso, hiperventilando, com padrão respiratório de Kussmaul, pulmões limpos sem ruídos adventícios.e com os seguintes parâmetros laboratoriais: Proteína C reativa=12 mg/dL; Creatinina=5,1mg/dl; Fosforo=6,8mg/dl, Calcio sérico=7,2mg/dL; Potássio=6,6mEq/L; Glicose=82mg/dl, Ácido úrico=18mg/dL e LDH sérica=4230 U/L. Gasometria arterial: pH=7.0 HCO₃⁻=8mEq/l, pCO₂=28mmHg

b) Qual o diagnóstico dessa complicação clínica?

Reposta: Resposta: Síndrome da Lise Tumoral (1 ponto)

A síndrome de lise tumoral refere-se à constelação de distúrbios metabólicos que ocorrem quando um grande número de células neoplásicas são destruídas rapidamente, levando à liberação de íons intracelulares e subprodutos metabólicos na circulação sistêmica. Clinicamente, a síndrome é caracterizada pelo rápido desenvolvimento de hiperuricemia, hipercalemia, hiperfosfatemia, hipocalcemia e lesão renal aguda.

Referencia: <https://emedicine.medscape.com/article/282171-overview>

Tumor Lysis syndrome Tumor Lysis Syndrome

Updated: Oct 04, 2022

Author: Alan K Ikeda, MD; Chief Editor: Wafik S El-Deiry, MD, PhD

The combination of volume depletion, hyperuricemia, hyperkalemia, hyperphosphatemia, and hypocalcemia strongly support the diagnosis of tumor lysis syndrome over other causes. (<https://emedicine.medscape.com/article/282171-differential>)

c) Qual a provável causa das alterações respiratórias do paciente?

Resposta: Acidose metabólica (1 ponto)



O sinal clínico mais visível de acidose metabólica é a respiração de Kussmaul, uma forma de hiperventilação que serve para aumentar o volume ventilatório minuto. Isso é caracterizado por um aumento no volume corrente em vez da frequência respiratória e é considerado uma respiração deliberada, lenta e profunda.

A descrição abaixo, retirada de <https://emedicine.medscape.com/article/242975-clinical#b3>

Descreve que: The best recognized sign of metabolic acidosis is Kussmaul respirations, a form of hyperventilation that serves to increase minute ventilatory volume. This is characterized by an increase in tidal volume rather than respiratory rate and is appreciated as deliberate, slow, deep breathing.

d) Qual a provável causa do aumento da creatinina plasmática?

Resposta: só Lesão renal aguda (0,25 ponto). Lesão renal aguda por precipitação intratubular de ácido úrico (+ 0,25 ponto) por precipitação de cálcio ou Xantina (mais 0,25), por necrose tubular aguda (=0,25 ponto).

A precipitação tubular renal de ácido úrico, fosfato de cálcio ou hipoxantina causa lesão renal aguda. Isso geralmente provoca oligúria (< 400 mL por dia), levando a sobrecarga de volume e complicações de hipertensão e edema pulmonar. Níveis elevados de nitrogênio ureico no sangue devido ao aumento do catabolismo de proteínas e insuficiência renal podem ser graves o suficiente para resultar em pericardite, disfunção plaquetária e imunidade celular defeituosa. A disfunção renal pode ser grave o suficiente para exigir diálise, mas com medidas de suporte imediatas, geralmente é reversível.

Em: <https://emedicine.medscape.com/article/282171-overview#a4>

É descrito: The kidney is the primary organ involved in the clearance of uric acid, potassium, and phosphate.

Preexisting volume depletion or renal dysfunction predisposes patients to worsening metabolic derangements and acute kidney injury (AKI). The AKI is often oliguric and can be multifactorial in etiology.

Uric acid nephropathy, however, is the major cause of AKI. Its development is due to mechanical obstruction by uric acid crystals in the renal tubules. Uric acid has a pKa of 5.6; uric acid precipitation is enhanced by high acidity and high concentration in the renal tubular fluid, and uric acid becomes less soluble as renal tubule pH decreases. Renal medullary hemoconcentration and decreased tubular flow rate also contribute to crystallization. ^[11]

Another cause of AKI is acute nephrocalcinosis from calcium phosphate crystal precipitation, which may occur in other tissues. This develops in the setting of hyperphosphatemia and is exacerbated by overzealous iatrogenic alkalinization, because calcium phosphate, unlike uric acid, becomes less soluble at an alkaline pH. Precipitation of xanthine, which is even less soluble in urine than uric acid, or other purine metabolites whose urinary excretion is increased by the use of allopurinol, are other causes of AKI. ^[12]



e) Quais são os princípios do tratamento para esta complicação clínica e correção das alterações agudas do paciente?

Resposta: O tratamento da SLT estabelecida deve ser realizado na UTI e inclui hidratação agressiva (0,25), alcalinização da urina (0,25), possível uso de diuréticos de alça (especialmente para pacientes propensos a sobrecarga de líquidos), redução do potássio (bicarbonato de sódio, quelantes como o Sorcal, agentes alfa estimulantes, solução de glicose com insulina, Gluconato de cálcio IV), uso de agentes redutores de ácido úrico (Alopurinol, Rasburicase) e diálise. (1 ponto)

Essas medidas estão contempladas em <https://emedicine.medscape.com/article/282171-treatment#d10>

CIRURGIA GERAL

Paciente 1: **d.** Síndrome de Mallory-Weiss.

Paciente 2: **b.** Úlcera gástrica.

Paciente 3: **a.** Varizes esofágicas.

Paciente 4: **e.** Fístula aorto-entérica.

Paciente 5: **h.** Adenocarcinoma gástrico.

PEDIATRIA

a) Qual a hipótese diagnóstica mais provável?

Resposta: Síndrome nefrítico.

b) O que provavelmente desencadeou a doença?

Resposta: Piodermite.

c) Quais os exames você pediria para confirmar o diagnóstico cite 4 exames?

Resposta: Sedimento urinário com disformismo eritrocitário, relação proteína creatinina na urina, consumo de complemento (CH50, C3 e C4), uréia, creatinina.



d) Cite 2 complicações desta patologia.

Resposta: Insuficiência renal e encefalopatia hipertensiva.

e) Quais a droga (s) utilizadas para o tratamento?

Resposta: Diuréticos (furosemida), hipotensores.

MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

a) O que são Transtornos Mentais Comuns?

Resposta: São transtornos de ansiedade, depressão ou somatoformes.

b) Considerando-se “Todas as idades”, qual é a DAC mais prevalente entre os portadores de TMC?

Resposta: Hipertensão Arterial.

c) Considerando-se os indivíduos com 60 anos ou mais, qual é a DAC que apresenta maior Razão de Prevalência para os portadores de TMC?

Resposta: Acidente Vascular Cerebral

d) A Razão de Prevalência de Infarto do Miocárdio para o grupo etário de 45 a 59 anos pode ser considerada significativamente maior para os portadores de TMC?

Resposta: Não.

e) Considerando-se as prevalências de Arritmias Cardíacas segundo a idade, o que se pode afirmar?

Resposta: Observa-se uma tendência linear com crescimento segundo a idade.

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

a) Qual é o diagnóstico síndrome dessa paciente?

Resposta: Sangramento Uterino Anormal (SUA) e seus sinônimos (Hemorragia Uterina Anormal, Menorragia, Metrorragia, contudo esses nomes estão em desuso).

b) Fazendo o uso do léxico da OMS “PALM-COEIN”, apresente suas hipóteses etiológicas para o quadro que a paciente apresenta.

Resposta:

P = P1 (Pólipo Endometrial) diagnóstico pelo USG

A = A1 (Adenomiose ?) diagnóstico possível pela heterogeneidade miometrial



- L = L1 (Leiomioma) diagnóstico pelo USG
M = M0

C = C0 (Coagulopatia) ou C1 pelo uso do anticoagulante
O = O0 (Disovulia)
E = E0 (patologia intrínseca do endométrio)
I = I1 (Iatrogenia) pelo uso do anticoagulante
N = N0 (não classificado em outra situação)

Ou seja: **P1 A1 L1 M0 – C1 O0 E0 I1 N0**

c) Indique um outro exame subsidiário que a paciente ainda não fez e que poderá ser muito relevante na resolução do problema.

Resposta: Histeroscopia → permite avaliar o pólipó e programar sua retirada através da histeroscopia cirúrgica.

d) Qual é a conduta para o resultado da colpocitologia oncótica dessa paciente, segundo as Diretrizes Brasileiras de Rastreamento do Câncer de Colo Uterino?

Resposta: LIEBG em mulher com mais de 25 anos → repetir a citologia 6 meses após o primeiro resultado alterado.

e) A paciente apresentou novo e intenso quadro de sangramento. Qual prescrição deverá ser oferecida em regime de urgência para interromper a hemorragia?

Resposta: A paciente tem contraindicação de uso de esteroides ovarianos, pelo antecedente de trombose, assim o tratamento deverá recair nos fármacos **anti-fibrinolíticos** (Ácido Tranexâmico) e **antinflamatórios não esteroides** (AINE). Não é necessário mencionar as doses. Uma alternativa seria a curetagem uterina.