

COMISSÃO ESTADUAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO AMAZONAS - CERMAM 2022/2023



PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIA MÉDICA DO ESTADO DO AMAZONAS

R3

Pré-Requisito e Ano Adicional PROVA DE CLÍNICA MÉDICA

Data: 27/11/2022

Tempo de realização da prova: 02 (duas) horas

INSTRUÇÕES PARA PROVA DE CONHECIMENTOS GERAIS

- 01-Verifique se este caderno contém 25 (vinte e cinco) questões objetivas de Clínica Médica. Caso apresente alguma incorreção, comunique imediatamente ao fiscal, para que seja feita a troca do caderno.
- 02-Confirme se o CARTÃO-RESPOSTA entregue a você pelo fiscal tem escrito o seu NOME, pois é personalizado e intransferível. Não serão aceitas reclamações posteriores.
- 03-Transcreva suas respostas para o CARTÃO-RESPOSTA preenchendo todo o círculo. Após uma questão ter sido assinalada, não faça alterações, pois a questão será considerada errada.
- 04-Não rasure, não amasse e/ou rasgue seu CARTÃO-RESPOSTA.
- 05-Utilize esferográfica azul ou preta, com ponta grossa, para marcação do CARTÃO-RESPOSTA, conforme instrução abaixo.

MARQUE ASSIM



- 06-Não esqueça de assinar o CARTÃO-RESPOSTA antes de entregá-lo ao fiscal.

NOME:

CLÍNICA MÉDICA

01. A Leucemia Linfocítica Aguda (LLA) é considerada a neoplasia maligna mais comum da infância, ocorrendo com mais frequência em portadores de distúrbios genéticos ou de imunodeficiência. De acordo com a OMS, o diagnóstico é firmado quando é evidenciado num aspirado de medula óssea e na biópsia de medula óssea com presença de blastos na medula:

- a) $\geq 5\%$
- b) $\geq 10\%$
- c) $\geq 15\%$
- d) $\geq 20\%$

02. Homem de 45 anos é internado para investigar quadro de poliadenopatia. A biópsia de linfonodo revela a presença de células de Reed-Stenberg. Dos dados a seguir os mais prováveis de serem encontrados neste indivíduo são:

- a) Cromossoma Philadelphia e esplenomegalia
- b) Febre e emagrecimento
- c) Anti-HIV positivo e linfopenia
- d) Blastos na medula óssea e leucopenia

03. Sobre a hemorragia digestiva alta varicosa (HDAV) em pacientes com cirrose, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) Devem receber profilaxia com antibiótico por 7 dias.
- b) Devem ser tratados imediatamente com propranolol.
- c) Pacientes com HDAV devem receber imediatamente albumina humana 20% 1,5g/kg para profilaxia de síndrome hepatorenal.
- d) A escleroterapia em varizes de esôfago é equivalente a ligadura elástica.

04. São opções de tratamento para Hepatite B, **EXCETO**:

- a) Entecavir
- b) Tenofovir
- c) Simeprevir
- d) Interferon

05. No ambulatório, uma jovem de 17 anos, com 54 Kg e 1.71 cm de altura (IMC: 18,49), portadora de Diabetes Mellitus tipo 1 diagnosticado há quase 8 anos, procurou especialista para acompanhamento. Estava em uso de Insulina NPH 28 U antes do café, 24 U no almoço e 28 U no jantar, apresentando glicemia de jejum: 328 mg/dl e Hb A1C: 14%, Ureia: 32; Creatinina: 0,7, e à monitorização, elevações consideráveis da glicemia pós-prandial. De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2022 que recomenda utilizar esquemas de insulinoterapia que mimetizem a secreção de insulina, com o objetivo de atingir metas de controle glicêmico estabelecidas para a faixa etária. Diante disso,

assinale a seguir a resposta **CORRETA** na conduta do paciente descrito em relação à insulinização basal:

- a) Manter a NPH, reduzindo a dose para 1 U/Kg/dia, utilizando-a em sistema de infusão contínua de insulina (bomba de insulina).
- b) Substituir a NPH por análogo de insulina de ação ultrarrápida em caneta aplicadora, utilizando a dose conforme a glicemia, antes das principais refeições (café, almoço e jantar), sempre ajustando com o Fator de sensibilidade.
- c) Substituir a NPH por uma insulina de ação prolongada por melhor cobrir a necessidade basal de insulina, apresentar menor variabilidade glicêmica e menor incidência de hipoglicemia noturna.
- d) Substituir a NPH por uma insulina de ação vezes, com 50% da dose antes do café, 25% antes do almoço e 25% antes do jantar, para reduzir o risco de hipoglicemia.

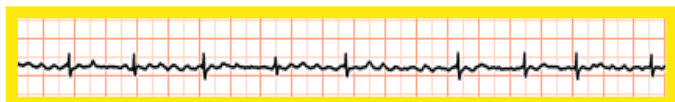
06. Mulher, 36 anos, previamente hígida, procura endocrinologista para emagrecer, sem outras queixas. Dos exames laboratoriais que fez nenhum apresentou alterações significativas, incluindo T4 livre, TSH e os anticorpos (Ac anti-tireoglobulina e Ac anti-tireoperoxidase), mas, ao exame de Ultrassonografia, a tireoide se apresentava com textura heterogênea, volume normal e a presença de um nódulo sólido, hipoecogênico, com limites imprecisos, microcalcificações internas, medindo 1,5 x 0,9 x 1,1 cm no Lobo direito (TIRADS 5); à punção aspirativa com agulha fina apresentou o resultado do laudo citológico: Bethesda V, que significa:

- a) Maligno
- b) Suspeito de malignidade
- c) Suspeito de neoplasia folicular
- d) Atipias de significado indeterminado/lesão folicular de significado indeterminado

07. Mulher de 26 anos, queixando-se de perda de 12 Kg nos últimos 60 dias, associada à quadro de ansiedade, nervosismo, tremores de extremidades e insônia. Nesta mesma época, notou que seus olhos estavam mais "saltados" e havia a presença de bócio. Ao exame físico: bócio difuso, (maior três vezes que o normal), com sopro audível, exoftalmopatia bilateral; ritmo sinusal, com elevada frequência cardíaca (115 bpm) e tremores finos de extremidade. Aos exames de laboratório, havia elevação no T4 livre e supressão do TSH, Ultrassonografia de tireoide com alteração de textura e aumento difuso de volume em 46 cm3 (VR: 6-15 cm3). Com os achados sugestivos de Doença de Graves, responda a alternativa **CORRETA** em relação ao caso:

- a) A dose terapêutica de iodo 131 é indicada na Doença de Graves como primeira escolha quando existe contraindicações para o uso de

- drogas antitireoidianas (DAT) ou cirurgia, ou nos casos de recidiva do hipertireoidismo.
- b) A dosagem do anticorpo anti-receptor de TSH (TRAb) é sempre necessária para o diagnóstico do hipertireoidismo relacionado à Doença de Graves.
- c) O tratamento com betabloqueadores deve ser considerado em pacientes sintomáticos, sendo o atenolol o mais indicado, por ser mais seletivo.
- d) Glicocorticoide deve sempre ser indicado na presença de hipertireoidismo por Doença de Graves e no tratamento da crise tireotóxica.
- 08.** Paciente de 25 anos apresentou acidente de motocicleta com TCE grave foi submetido a tratamento neurocirúrgico para hematoma epidural extenso a esquerda. Porém evoluiu com hipertensão intracraniana, última avaliação foi constatado elevação da pressão arterial, bradicardia e arritmia respiratória. Paciente está apresentando clínica de tríade de:
- a) Cushing
b) Virchow
c) Charcot
d) Beck
- 09.** Paciente de 40 anos de idade, empresário, está apresentando cefaleia unilateral e contínua na região temporal, periorbital ou ocular, de intensidade moderada. Ocorrem períodos de exacerbação da dor compostos por cefaleia intensa que dura horas ou dias (em geral, menos de 180 minutos), com sintomas migranosos e/ou autonômicos associados, e despertam o paciente do sono que se apresenta agitado e inquieto. Foi prescrito indometacina com melhora considerável. Qual o diagnóstico do quadro descrito?
- a) Migrânea
b) Arterite temporal
c) Hemicrania contínua
d) Neuralgia do trigêmeo
- 10.** Em pacientes com diagnóstico de malária vivax com peso acima de 50kg e que apresentem a deficiência da enzima G6PD (glicose-6-fosfato desidrogenase) com atividade abaixo de 30%, devem ser tratados corretamente com:
- a) A associação de cloroquina 150mg - 04 comprimidos no dia 1, 03 comprimidos no dia 2 e 03 comprimidos no dia 3 e primaquina 15mg - 0,75mg/kg/dia por 07 dias.
b) A associação de cloroquina 150mg - 04 comprimidos no dia 1, 03 comprimidos no dia 2 e 03 comprimidos no dia 3 e primaquina - 15mg - 0,75mg/kg/semana por 08 semanas.
c) A associação de cloroquina 150mg - 04 comprimidos no dia 1, 04 comprimidos no dia 2 e 02 comprimidos no dia 3 e primaquina 15mg - 0,25mg/kg/semana por 08 semanas.
d) A associação de cloroquina 150mg - 04 comprimidos no dia 1, 03 comprimidos no dia 2 e 03 comprimidos no dia 3 e primaquina 0,375mg/kg/semana por 04 semanas.
- 11.** Paciente 70 anos, dá entrada no Pronto-socorro com uma queixa de febre e cefaléia. Ao exame encontra-se confuso, sem sinais de lateralização, com rigidez de nuca (+++/4+), pupilas isocóricas e fotorreagentes. PA: 160/100mmHg e FC: 110bpm, TAX: 38,8°C e FR: 24ipm. O líquido coletado mostra: Aspecto – turvo, Pressão de abertura de 30cmH₂O, 450 células/mm³ com 80% de polimorfonucleares, Glicose de 40mg%, (com glicemia de 102mg%), Proteinorraquia: 145mg%, Gram – indeterminado, com látex e cultura em andamento. O esquema antibiótico parenteral de melhor cobertura para ser iniciado neste paciente deve ser:
- a) Cefalosporina de 3ª geração + Rifampicina + Ciprofloxacina.
b) Cefalosporina de 3ª geração + Ampicilina + Vancomicina.
c) Cefalosporina de 3ª geração + Vancomicina.
d) Cefalosporina de 3ª geração + Metronidazol.
- 12.** A classificação da Insuficiência cardíaca baseado no perfil hemodinâmico utiliza dados de congestão e perfusão e divide o paciente em 4 perfis hemodinâmicos (perfil A, B, L e C). Como se encontra o paciente no perfil C?
- a) Frio e seco
b) Quente e seco
c) Quente e congesto
d) Frio e congesto
- 13.** Os casos de IAM sem a presença de doença arterial coronariana (DAC) obstrutiva são classificados como MINOCA (myocardial infarction with nonobstructive coronary arteries). Diferentes mecanismos fisiopatológicos podem causar MINOCA, **EXCETO**:
- a) Miocardite
b) Dissecção coronária
c) Espasmo coronariano
d) Embolia coronariana
- 14.** Mulher de 44 anos, com história de palpitação taquicardia súbita de início há 20 minutos, de forte intensidade e que se localiza no precórdio. Nega episódios semelhantes prévios e nega qualquer comorbidade associada. Acrescentou apenas que ingeriu bebida alcoólica 2 dias antes numa confraternização de Natal, pouca quantidade. PA= 120X80 mmHg FC=142bpm RCI BNF sem sopros Qual a droga de escolha para a reversão do quadro de acordo com as últimas diretrizes europeia e brasileira?



- a) Amiodarona 300mg de ataque e 900mg de manutenção endovenosa
 - b) Propafenona 900 mg VO de ataque e manutenção de 8/8 h
 - c) Propafenona 300mg VO
 - d) Quinidina 200mg VO 2/2 até a sexta dose
15. Júlia tem 28 anos e tem asma desde a infância. Ficou sem sintomas dos 13 anos até há cerca de 3 anos atrás, quando voltou a apresentar sintomas típicos. Reiniciou seguimento, com bom nível de controle, no entanto, nos últimos 3 meses voltou a apresentar sintomas diurnos cerca de 3 a 4 vezes por semana, despertares noturnos com sibilância e dispnéia quase todas as noites, além de várias faltas ao trabalho ao longo desses 3 meses. Tem ido à emergência em busca de alívio quase toda semana, sendo liberada para casa após melhora parcial. Tem usado por conta própria salbutamol spray inalatório de 8 em 8 horas. Como você classificaria o nível de controle da asma de Júlia nesse momento e qual seria a melhor estratégia terapêutica nesse momento?
- a) Controlada. Manter a medicação que já está utilizando até que esteja controlada por 3 meses, fazendo somente após isso uma reavaliação da proposta terapêutica.
 - b) Parcialmente controlada. Iniciar Anticolinérgico de longa ação (lama) de horário como tratamento de manutenção, mantendo Salbutamol como medicação de alívio/emergência.
 - c) Controlada. Apenas avaliar uso correto de dispositivos inalatórios, pois provavelmente a falta de controle clínico da paciente se deve a uso incorreto do dispositivo.
 - d) Não controlada. Iniciar broncodilatador de longa ação associado a corticoide inalatório (LABA + CI) em doses baixas a moderadas, mantendo Salbutamol como medicação de resgate ou doses extras de LABA + CI para alívio.
16. Maria, 58 anos, veio na UBS consultar-se e você suspeitou de DPOC, haja vista queixar-se de dispnéia progressiva aos esforços e tosse crônica, associada a uma história importante de tabagismo (74 maços-ano, estando abstêmia há 5 anos). Ela refere já ter internado por exacerbação respiratória 3 vezes nos últimos 12 meses, nas quais melhorava com uso de antibióticos, Prednisona e nebulizações com Salbutamol e Ipratrópio. Tem contagem de eosinófilos em torno de 300-350 nos últimos 3 exames realizados. Vem hoje em consulta de seguimento com você trazendo resultado de espirometria que evidenciou distúrbio ventilatório obstrutivo moderado, com VEF1 pós BD de 45%. Queixa-se de dispnéia classificada como MRC3, mas ainda sem prejuízo do

autocuidado e autonomia doméstica. Ao exame físico apresenta ausculta com MV diminuído e spo2 97% a.a. a consulta com o pneumologista no SUS será apenas daqui há 2 meses. Ela pede ajuda pois precisa melhorar essa dispnéia, já que mora sozinha e tudo tem ficado difícil. Ela teme ainda ter que internar novamente. Como você pode ajudar a dona maria a melhorar clinicamente até ela conseguir chegar na consulta com o especialista?

- a) Início anticolinérgico de longa ação (lama) de horário como tratamento de manutenção, mantendo Salbutamol como medicação de alívio/emergência. Reavaliando no retorno a necessidade ampliar a broncodilatação acrescentando broncodilatador de longa ação. Não inclui corticoide inalatório para reduzir risco de pneumonia. Oriente repouso para economia de energia e encaminhamento para vacinas disponíveis no posto (influenza, covid-19 e pneumo23)
 - b) Início corticoide inalatório isolado em decorrência do perfil exacerbador hipereosinofílico e oriento que use um broncodilatador de curta ação como droga de emergência. Oriente repouso para economia de energia e encaminhamento para vacinas disponíveis no posto (influenza, covid-19 e pneumo23)
 - c) Início corticoide isolado, pelo perfil exacerbador e solicito oxigenioterapia domiciliar prolongada para controle adequado da dispnéia da paciente. Direciono para receber as vacinas disponíveis no posto (influenza, covid-19 e pneumo23), oriento sobre a importância de realizar atividades físicas mesmo em uso de oxigênio.
 - d) Em decorrência do perfil exacerbador e hipereosinofílico, início broncodilatador de longa ação associado a corticoide inalatório (LABA + CI) de horário e um broncodilatador de curta ação (SABA) como droga de alívio. Direciono para receber as vacinas disponíveis no posto (influenza, covid-19 e pneumo23), oriento sobre a importância de realizar atividades físicas para melhora de qualidade de vida e maior tolerância ao esforço e encaminhamento para serviço de referência em pneumologia pela classificação de gravidade.
17. O Diabetes Mellitus é a segunda causa de pacientes em diálise no Brasil. O adequado controle da glicemia evita e/ou reduz a progressão da doença renal do diabetes. Assinale a alternativa **CORRETA**:
- a) As sulfoniluréias estão contra-indicadas nos pacientes com TFG >90ml/min pelo risco de rabdomiólise.
 - b) Devemos evitar o uso dos inibidores do cotransporte tubular renal de sódio/glicose (inibidores do SGLT2), como dapagliflozina, canagliflozina e empagliflozina na doença renal crônica em estágio dialítico.

- c) A insulina pode ser usada no controle da hipercalcemia e, também para controle da hiperglicemia e uremia.
- d) Na cetoacidose diabética temos elevação da glicemia e elevação do bicarbonato sérico.
18. Como ficaria a classificação da Hipertensão Arterial em um paciente com PAS 150mmHg e PAD 95mmHg com proteinúria de 400mg/dia e TFG 15ml/min. Assinale a alternativa **CORRETA**:
- a) Hipertensão Arterial estágio 1; Doença Renal Crônica estágio 4.
- b) Hipertensão Arterial e Doença Renal Crônica estágio 1.
- c) Hipertensão Arterial e Doença Renal Crônica estágio 4.
- d) Proteinúria não nefrótica pela doença renal do diabetes.
19. Paciente com diagnóstico de gota há 3 anos sem adesão ao tratamento e sem histórico de doença renal, comparece ao pronto atendimento apresentando crise de artrite gotosa em primeiro metatarso falangeana esquerda, com evolução de 5 dias. Qual das opções a seguir **NÃO** deve ser utilizada como tratamento para resolução deste quadro?
- a) Anti-inflamatório não hormonal em dose plena.
- b) Infiltração de corticoide intra-articular.
- c) Colchicina 1mg via oral inicialmente, seguido de 0.5mg 1 hora depois.
- d) Prednisona 0.5 mg/kg dia por 5 a 7 dias.
20. Em paciente com lúpus eritematoso sistêmico, são utilizados para avaliar atividade de nefrite os seguintes marcadores: assinale a alternativa **CORRETA**:
- a) FAN Hep 2 e anti SM
- b) Anti DNA de dupla hélice e anti RNP
- c) FAN Hep2 e P ANCA
- d) Anti DNA de dupla hélice, C3 e C4
21. Com relação a administração de epinefrina durante o atendimento de uma parada cardiorrespiratória, assinale a **CORRETA**:
- a) A dose de 1 mg deve ser administrada nos primeiros 3 a 5 minutos de atendimento em ritmos não chocáveis.
- b) A dose de 1 mg deve ser aplicada após o primeiro choque no caso de FV/TV sem pulso.
- c) A dose de 1 mg deve ser aplicada após o 3º choque em ritmos chocáveis.
- d) Para todos os ritmos de parada, chocáveis e não chocáveis, quanto mais precoce for a dose de 1 mg, melhor para o desfecho mortalidade.
22. A complacência estática é um dos parâmetros a serem monitorizados durante a assistência ventilatória. Para um paciente sob ventilação mecânica de 55Kg, com 380ml de volume corrente, fluxo de 60 l/min, pressões de pico e platô de 25 e 15 cmH₂O respectivamente, Peep de 5 cm H₂O. Qual é a complacência do sistema respiratório?
- a) 19 ml/cmH₂O
- b) 38 ml/cmH₂O
- c) 45 ml/cmH₂O
- d) 83 ml/cmH₂O
23. Domperidona é um composto que torna mais rápida a movimentação do alimento através do esôfago, estômago e intestinos, porém pode ocasionar prolongamento do intervalo QT do eletrocardiograma se associado a:
- a) Losartana Potássica
- b) Diltiazem
- c) Amiodarona
- d) Diurético tiazídico
24. Anemia megaloblástica decorre de alterações morfológicas na medula óssea, produzindo células de grande tamanho e de cromatina fragmentada devido principalmente a deficiência de:
- a) Vitamina B1 e depósito de ferro nas mitocôndrias dos eritroblastos
- b) Vitamina B12 e depósito de ferro nas mitocôndrias dos eritroblastos
- c) Vitamina B1 e ácido fólico
- d) Vitamina B12 e ácido fólico
25. Considerando os conceitos referentes a saúde do idoso, assinale alternativa **CORRETA**:
- a) Reserva funcional tende a ser menor quanto menor a funcionalidade.
- b) Funcionalidade é a capacidade do organismo a responder a fatores de estresse.
- c) Autonomia é a capacidade de o indivíduo realizar atividades de vida diária.
- d) Independência é a capacidade de o indivíduo decidir sobre atividades diárias de sua vida.