

Siglário

AAS: ácido acetilsalicílico.
ACLS: do inglês, *Advanced Cardiovascular Life Support*.
ACS NSQIP: do inglês, *American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program*.
ALT: alanina aminotransferase.
Anti-GAD: anticorpo anti-glutamato descarboxilase.
Anti-GBM: anticorpo antimembrana basal glomerular.
Anti-HBc: anticorpo contra o antígeno do core do vírus da hepatite B.
Anti-IA-2: anti-insulinoma associado 2.
Anti-NMDA: anticorpo contra o receptor N-metil-D-aspartato.
Anti-ZnT8: anticorpo transportador de zinco 8.
AST: aspartato aminotransferase.
C3: componente 3 do complemento.
C4: componente 4 do complemento.
CA 19-9: antígeno de carboidrato 19-9.
CEA: antígeno carcinoembrionário.
CKD-EPI: do inglês, *Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration*.
Cr: creatinina.
CRAB: *Acinetobacter baumannii* resistente a carbapenêmicos.
CVF: capacidade vital forçada.
DNA: ácido desoxirribonucleico.
DOAC: anticoagulante de ação direta.
DP: desvio-padrão.
DRESS: do inglês, *drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms*.
DPP-4: dipeptidil peptidase 4.
EC: estágio clínico.
ECASS: do inglês, *European Cooperative Acute Stroke Study*.
EQU: exame qualitativo de urina.
eFTG: estimativa da taxa de filtração glomerular.
FAN: fator antinuclear.
FC: frequência cardíaca.
FR: frequência respiratória.
FRAX: do inglês, *Fracture Risk Assessment Tool*.
FV: fibrilação ventricular.
Gama-GT: gama glutamiltransferase.
GLP-1: do inglês, *glucagon like-peptide 1*.
Hb: hemoglobina.
HbA1c: hemoglobina glicada.
HBsAg: antígeno de superfície do vírus da Hepatite B.
HIV: vírus da imunodeficiência humana.
HLA-B27: antígeno leucocitário humano B27.

HBV: vírus da hepatite B.
HCV: vírus da hepatite C.
HDL: do inglês, *high-density lipoprotein*.
IgG4: imunoglobulina G subclasse 4.
IGRA: do inglês, *interferon gamma release assay*.
INR: do inglês, *international normalized ratio*.
IPC: índice proteína/creatinina.
ISCVI: do inglês, *International Society for Cardiovascular Infectious Diseases*.
IV: intravenosa.
K: potássio.
L1-L4: vértebra lombar 1 a 4.
L2: vértebra lombar 2.
LDH: lactato desidrogenase.
LDL: do inglês, *low-density lipoprotein*.
Mg: magnésio.
MIC: concentração inibitória mínima.
MPO: mieloperoxidase.
Na: sódio.
NAAT: teste por técnica de amplificação de ácidos nucleicos.
NIHSS: do inglês, *National Institutes of Health Stroke Scale*.
NT-proBNP: N-terminal do pró-hormônio do peptídeo natriurético do tipo B.
NYHA: do inglês, *New York Heart Association*.
PA: pressão arterial.
paO₂: pressão parcial arterial de oxigênio.
PAGE-B: do inglês, *Platelet-Age-GEnder-HBV*.
pCO₂: pressão parcial de gás carbônico.
PCR: parada cardiorrespiratória.
pH: potencial hidrogeniônico.
PPD: teste tuberculínico.
R-CHOP: rituximabe, ciclofosfamida, doxorrubicina, vincristina e prednisona.
SpO₂: saturação periférica de oxigênio.
Tax: temperatura axilar.
TDF: tenofovir disoproxil fumarato.
TOAST: do inglês, *Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment*.
TSH: hormônio estimulante da tireoide.
Ur: ureia.
VCM: volume corpuscular médio.
VDRL: do inglês, *venereal disease research laboratory*.
VEF₁: volume expiratório forçado no primeiro segundo.
VO₂: volume de oxigênio.
XR: do inglês, *extended-release*.

01. O time de resposta rápida é acionado devido à constatação de parada cardiorrespiratória (PCR) em paciente internado em leito de enfermaria. Ao chegar ao leito, a equipe verifica fibrilação ventricular (FV) no monitor cardíaco. O paciente recebe o primeiro choque não sincronizado de 200 J, e as compressões torácicas são reiniciadas imediatamente. Após dois minutos de manobras de reanimação cardiopulmonar, a análise do ritmo revela novamente FV. Nesse ínterim, foi obtido o acesso intravenoso. De acordo com as recomendações do ACLS, da *American Heart Association*, qual é a próxima conduta mais apropriada, nesse momento, a ser considerada para este paciente?

- (A) Administrar 300 mg de amiodarona IV devido ao ritmo chocável sem retorno da circulação espontânea após desfibrilação.
- (B) Administrar prontamente 1 mg de adrenalina antes da próxima desfibrilação.
- (C) Realizar novo choque com 200 J e administração posterior de 1 mg adrenalina se não houver retorno da circulação espontânea.
- (D) Realizar novo choque com 200 J e administração de sulfato de magnésio 2 g IV.
- (E) Devido à provável etiologia cardíaca como causa da PCR, deve-se priorizar a realização de ultrassonografia à beira do leito para avaliar a possibilidade de tamponamento cardíaco como etiologia da PCR.

02. Considere os casos clínicos abaixo.

Paciente 1. Mulher, 32 anos, com diagnóstico de síndrome do anticorpo antifosfolípido, em uso de varfarina, dose total semanal de 45 mg, procura atendimento por nova trombose no membro inferior direito. Ao exame, INR 2,2.

Paciente 2. Homem, 83 anos, possui hipertensão, diabetes *mellitus* tipo 2, fibrilação atrial paroxística e história, há 15 anos, de hemorragia digestiva alta por doença ulcerosa péptica. Ao exame, 72 kg, Cr 1,14 mg/dL.

Paciente 3. Mulher, 50 anos, possui hipertensão, prótese biológica mitral por estenose mitral reumática, fibrilação atrial permanente e insuficiência cardíaca com fração de ejeção levemente reduzida.

Paciente 4. Mulher, 66 anos. Previamente hígida. Após viagem prolongada de avião, apresentou trombose venosa profunda no membro inferior esquerdo. Ao exame, Cr 0,53 mg/dL.

Assinale a melhor assertiva:

- (A) A paciente 1, por ter apresentado falha ao uso de varfarina, tem indicação de trocar o anticoagulante para apixabana.
- (B) O paciente 2, caso seja anticoagulado com apixabana, deve receber a dose de 2,5 mg, via oral, de 12 em 12 horas.
- (C) Para a paciente 3, anticoagulantes de ação direta (DOAC) estão associados a melhores desfechos clínicos que a varfarina.
- (D) Caso a paciente 4 esteja bem clinicamente, poderia iniciar, nesse momento, tratamento em monoterapia com edoxabana, com plano de uso por 3 a 6 meses.
- (E) Caso se opte por prescrever apixabana para a paciente 4, há indicação de dose de ataque de 10 mg, via oral, de 12 em 12 horas, por 7 dias, seguida de 5 mg de 12 em 12 horas, por 3 a 6 meses.

03. Homem, 55 anos, é encaminhado ao ambulatório para investigação de perda de 6 kg, febre diária e artralgias há três semanas. As dores articulares iniciaram-se nos joelhos e evoluíram para os punhos. Possui diagnóstico de dislipidemia. Nega alopecia, rinossinusite, otite, olho vermelho, hemoptise, dispnéia, úlceras orais ou genitais, hematuria. Ao exame, PA 121/96 mmHg, FC 94 bpm, eupneico, SpO₂ 99% em ar ambiente, Tax 38,5 °C. Presença de lesões puntiformes de 2 a 4 mm em membros inferiores que não desaparecem à digitopressão. Dor à palpação em joelhos, tornozelos e punhos, sem calor, deformidades ou edema. Ausculta cardíaca e pulmonar, bem como exame físico do abdome, sem alterações. Hb 10,5 g/dL, VCM 91 fL, leucócitos totais 13,400/mm³, eosinófilos 190/mm³, plaquetas 502.000/mm³, Cr 1,87 mg/dL, Ur 75 mg/dL, EQU proteinúria 3+, hematuria 3+, sem leucocitúria, IPC 1,6 g/24 horas, C3 134 mg/mL, C4 28 mg/mL, proteína C reativa 37 mg/L, anti-HIV, anti-HCV, HBsAg, anti-HBc total não reagentes, FAN 1:80 padrão pontilhado fino denso, anti-MPO reagente em altos títulos, fator reumatoide <15 UI/mL, anti-GBM negativo, crioglobulinas negativas. Eletroforese de proteínas séricas e urinárias dentro da normalidade. Eletro-neuromiografia evidenciou polineuropatia axonal assimétrica sensitivo-motora. Biópsia renal compatível com glomerulonefrite pauci-imune com crescentes. Tomografia de tórax sem alterações no parênquima pulmonar. Qual o diagnóstico mais provável?

- (A) Lúpus eritematoso sistêmico.
- (B) Artrite reumatoide soronegativa.
- (C) Granulomatose com poliangeíte.
- (D) Poliarterite nodosa.
- (E) Poliangeíte microscópica.

04. Homem, 63 anos, ex-tabagista, possui diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensão, doença renal crônica G3bA3 e insuficiência cardíaca com fração de ejeção de 33% de etiologia isquêmica. Há dois anos, teve infarto agudo do miocárdio. Na ocasião, foi submetido à angioplastia percutânea com dois stents farmacológicos. Tem história de angioedema com enalapril. Vem à consulta de seguimento de comorbidades com seu médico de longa data. Nega queixas, mesmo quando ativamente perguntado. Está em uso de AAS 100 mg; rosuvastatina 40 mg; metformina XR 2 g; carvedilol 25 mg 2x/dia; e espirolactona 25 mg. Ao exame, sem alterações neurológicas, PA 125/82 mmHg, FC 60 bpm, SpO₂ 98% em ar ambiente. Ausculta cardíaca com ritmo regular, sem alterações. Ausculta pulmonar normal. Sem edema periférico. Peso 67,0 kg. Há seis meses, estava com peso de 67,1 kg. Exames: Cr 1,7 mg/dL (CKD-EPI 2021 eTFG 39 mL/min/1,73 m²); Ur 53 mg/dL, Na 142 mEq/L; K 4,1 mEq/L; HbA1c 6,8%; colesterol LDL 90 mg/dL; colesterol HDL 40 mg/dL; triglicerídeos 210 mg/dL; Hb 12,5 g/dL; plaquetas 215.000/mm³; AST 20 U/L; ALT 18 U/L; relação albumina/creatinina em amostra de urina 350 mg/g. Visando otimizar o manejo clínico das comorbidades do paciente, assinale a opção, entre as abaixo, que representa a melhor mudança de prescrição a ser realizada:

- (A) Iniciar losartana, dapagliflozina e ezetimibe. Reduzir a metformina para 1 g ao dia.
- (B) Iniciar sacubitril/valsartana, dapagliflozina e ezetimibe. Reduzir a dose de metformina para 1 g ao dia.
- (C) Iniciar dapagliflozina. Dobrar a dose da rosuvastatina.
- (D) Iniciar sacubitril/valsartana, dapagliflozina e ezetimibe.
- (E) Iniciar losartana e dapagliflozina. Dobrar a dose de rosuvastatina. Reduzir a dose de metformina para 1 g ao dia.

05. Mulher, 25 anos, é trazida à sala de emergência após crise convulsiva presenciada por transeuntes em via pública. À chegada, a paciente desperta, agitada, com respostas desconexas às perguntas do examinador. Para proteção da paciente, foi optado por sedação leve com dexmedetomidina, com boa resposta. Neste interim, o companheiro da paciente compareceu à emergência e relatou que ela é advogada. Negou uso presente ou passado de quaisquer substâncias, lícitas ou ilícitas. Nos últimos dois meses, notou alterações comportamentais na paciente, com predomínio de episódios de agressividade e discurso por vezes desconexo. Possui diagnóstico de hipotireoidismo, bem controlado com uso de levotiroxina 88 mcg, e teratoma de ovário aguardando ressecção cirúrgica. Ao exame, FC 107 bpm, demais sinais vitais estáveis. Sem déficits focais, paralisia de pares cranianos ou outras alterações neurológicas. Ressonância magnética de crânio sem alterações. Assinale a melhor assertiva:

- (A) Trata-se, muito provavelmente, de intoxicação por psicoestimulantes - a despeito do relato negativo do companheiro; estes são notoriamente pouco confiáveis, devendo ser pouco valorizados.
- (B) Encefalite anti-NMDA é uma hipótese diagnóstica provável, e a ressecção do teratoma poderá ser medida resolutive.
- (C) A história de hipotireoidismo torna encefalopatia de Hashimoto a principal hipótese diagnóstica, de modo que há indicação de proceder ao início de corticoterapia em dose alta.
- (D) Na faixa etária da paciente, a hipótese de doença de Wilson deve ser inicialmente considerada, e a presença de neuroimagem normal corrobora fortemente esse diagnóstico.
- (E) Listeriose é a principal hipótese diagnóstica, e deve ser instituída terapia com ampicilina.

06. Homem, 34 anos, sem comorbidades ou internações prévias, reside em área urbana. Trabalha como vendedor de carros. Iniciou há 3 dias com febre de até 39,2 °C associada a mialgias, tosse produtiva amarelada. Há 1 dia, está com dor torácica ventilatório-dependente em hemitórax direito e dispnéia leve. Procura atendimento na emergência por piora importante da dispnéia. Na chegada, confuso, PA 75/51 mmHg, FC 127 bpm, SpO₂ 82% em ar ambiente, FR 38 mrpm com uso de musculatura acessória. Exames: Hb 13,1 g/dL; leucócitos totais 23.700/mm³, com 17% de bastões; proteína C reativa 230 mg/L; Cr 1,8 mg/dL; Ur 119 mg/dL; gasometria arterial pH 7,28; paO₂ 48 mmHg; pCO₂ 50 mmHg; bicarbonato 21 mEq/L; lactato 4,5 mmol/L. Cultura de escarro em andamento. Raio-X de tórax evidencia consolidação lobar à direita, sem derrame pleural. O paciente foi submetido à intubação orotraqueal e foi iniciada droga vasoativa. Qual o melhor tratamento, entre os abaixo, baseado nas novas diretrizes de tratamento da doença que motivou a internação do paciente?

- (A) Meropenem e vancomicina.
- (B) Meropenem, vancomicina e hidrocortisona.
- (C) Ceftriaxone, azitromicina e hidrocortisona.
- (D) Ceftriaxone, vancomicina e hidrocortisona.
- (E) Ceftriaxone e azitromicina.

07. Mulher, 61 anos, possui diagnóstico de hipertensão, diabetes *mellitus* tipo 2, dislipidemia, síndrome coronariana crônica, fibrilação atrial paroxística e doença renal crônica por provável doença renal do diabetes G4A3. Sente-se bem.

Está em uso de AAS 100 mg, enalapril 5 mg 2x/dia, metformina XR 2 g, dapagliflozina 10 mg e atorvastatina 40 mg. Ao exame, edema simétrico em membros inferiores 2+/4+, PA 142/84 mmHg, FC 67 bpm, ritmo regular, Cr 2,38 mg/dL (CKD-EPI 2021 eTFG 22 mL/min/1,73 m²), Ur 64 mg/dL, Na 140 mEq/L, K 4,7 mEq/L, bicarbonato 20 mEq/L, HbA1c 7,2%, colesterol LDL 48 mg/dL. Assinale a assertiva que representa, entre as abaixo, as melhores alterações na prescrição:

- (A) Prescrição de rivaroxabana 15 mg, anlodipina 10 mg e bicarbonato 2 g 2x/dia. Aumento de enalapril para 10 mg 2x/dia. Redução de metformina XR para 1 g/dia.
- (B) Prescrição de rivaroxabana 20 mg, finerenone 10 mg, furosemida 80 mg, semaglutida 1,0 mg/sem. Aumento de enalapril para 10 mg 2x/dia e de atorvastatina para 80 mg. Suspensão de AAS e de metformina.
- (C) Prescrição de rivaroxabana 15 mg, losartana 50 mg 2x/dia, bisoprolol 5 mg, furosemida 40 mg, bicarbonato 2 g 2x/dia e finerenone 10 mg. Suspensão de AAS, enalapril e metformina.
- (D) Prescrição de rivaroxabana 15 mg, metoprolol succinato 25 mg e furosemida 80 mg. Aumento de enalapril para 10 mg 2x/dia. Suspensão de AAS e metformina.
- (E) Prescrição de rivaroxabana 10 mg, finerenone 10 mg, furosemida 40 mg, semaglutida 1,0 mg/sem. Aumento de enalapril para 10 mg 2x/dia. Redução de atorvastatina para 20 mg. Suspensão de metformina e dapagliflozina.

08. Homem, 66 anos, tem história de hipertensão, insuficiência cardíaca com fração de ejeção levemente reduzida NYHA I, fibrilação atrial permanente com CHA2DS2-Va de 3 pontos e hiperplasia prostática benigna. Comparece à consulta de avaliação perioperatória por plano de realizar ressecção transuretral de próstata. É independente para atividades básicas da vida diária. Está em uso de enalapril 20 mg 2x/dia, metoprolol succinato 50 mg, espironolactona 25 mg, dapagliflozina 10 mg, rivaroxabana 20 mg, rosuvastatina 10 mg, doxazosina 4 mg e finasterida 5 mg. Nega dor no peito, palpitações, ortopneia, dispnéia paroxística noturna. Apresenta dispnéia apenas aos grandes esforços. Ao exame, PA 139/87 mmHg, FC 64 bpm, ritmo irregular, FR 16 mrpm, SpO₂ 98% em ar ambiente. Ausculta cardiopulmonar sem outras alterações. Ausência de turgência jugular a 45° e de edema de membros inferiores. Exames: Hb 14,3 g/dL; Cr 0,78 mg/dL; Ur 33 mg/dL; K 4,7 mEq/L; Na 139 mEq/L. Cálculo pelo ACS NSQIP evidencia risco de complicação cardíaca de 0,1% e de óbito de 0,1%. Em relação às orientações perioperatórias das medicações de uso contínuo, assinale, entre as abaixo, a melhor assertiva:

- (A) A rosuvastatina deve ser suspensa na manhã da cirurgia.
- (B) A dapagliflozina não deve ser administrada na manhã da cirurgia, devendo ser mantida nos dias anteriores.
- (C) O paciente tem indicação de realizar ponte de anticoagulação com heparina devido ao alto risco de complicações tromboembólicas.
- (D) O metoprolol deve ser suspenso na manhã da cirurgia.
- (E) O paciente não deve usar a rivaroxabana no dia anterior e no dia da cirurgia.

09. Mulher, 45 anos, atleta, é encaminhada após eletrocardiograma em repouso de rotina evidenciar bloqueio atrioventricular de segundo grau Mobitz I (Wenckebach) noturno, detectado, também, em Holter de 24 horas. Ela é assintomática. Qual a conduta mais apropriada?

- (A) Implantar marcapasso definitivo devido ao alto risco de progressão do bloqueio atrioventricular.
- (B) Interromper todas as atividades físicas e solicitar teste ergométrico para avaliar a resposta cronotrópica.
- (C) Realizar estudo eletrofisiológico para avaliação de gravidade do bloqueio atrioventricular.
- (D) Instituir tratamento com atropina de longa ação.
- (E) Proceder acompanhamento clínico, sem necessidade de intervenção imediata.

10. Mulher, 58 anos, procura atendimento com queixa de parestesias em membros inferiores, inicialmente em ambos os pés, há cerca de sete meses. Relata ter observado piora progressiva nesse período, com progressão ascendente. Há cerca de três semanas, passou a apresentar perda de força nos membros inferiores. Nega doenças prévias. Ao exame, força grau 3 em ambos os membros inferiores, simétrica. Hiporreflexia em patelar e aquileu. Palpação abdominal com aparente hepatomegalia. Hb 16,2 g/dL; leucócitos totais 14.000/mm³, sem particularidades no diferencial; plaquetas 550.000/mm³; Cr 0,6 mg/dL; glicose em jejum 60 mg/dL; TSH 3,2 UI/mL; Na 137 mEq/L; K 4,2 mEq/L; cálcio total 8,8 mg/dL; albumina 4,0 g/dL; vitamina B12 480 pg/mL. Anti-HIV, anti-HCV e VDRL não reagentes. Eletroencefalografia confirmou polineuropatia distal com padrão desmielinizante. O próximo exame diagnóstico mais apropriado para investigação, entre os abaixo, é:

- (A) Ressonância magnética de neuroeixo.
- (B) Biópsia de nervo periférico.
- (C) Eletroforese de proteínas urinárias.
- (D) Punção lombar.
- (E) Dosagem de crioglobulinas.

11. Homem, 68 anos, com substituição da valva aórtica por prótese biológica há cinco anos, apresenta-se com febre (38,5 °C) há duas semanas, fadiga e sudorese noturna. Durante o primeiro atendimento na emergência, foram coletadas duas amostras de hemocultura em punções venosas distintas; ambas apresentaram crescimento de *Staphylococcus epidermidis*. Com base nas propostas terapêuticas e considerando os critérios diagnósticos de Duke-ISCVID de 2023, assinale, entre as abaixo, a alternativa correta:

- (A) *Staphylococcus* coagulase negativos são considerados microrganismos típicos causadores de endocardite infecciosa no contexto de material protético intracardíaco. Portanto, este achado configura um critério maior neste paciente.
- (B) Caso sejam identificados nódulos de Osler e manchas de Janeway no exame físico, esses achados são manifestações imunológicas relacionadas à endocardite infecciosa e somam, em conjunto, um critério menor para elaboração do diagnóstico.
- (C) A presença de *S. epidermidis* em duas hemoculturas nesse cenário não configura um critério para endocardite infecciosa, pois esse microrganismo é considerado uma contaminante comum e requer três ou mais hemoculturas positivas para ser considerado critério diagnóstico menor.

(D) O paciente já apresenta um critério maior para diagnóstico de endocardite, pois a presença de qualquer estafilococo isolado em uma amostra de hemocultura é considerada microrganismo típico para endocardite infecciosa.

(E) O fator reumatoide positivo, que previamente era considerado um dos critérios menores como fator imunológico, deixou de constar nos critérios para endocardite infecciosa devido à sua baixa especificidade.

12. Homem, 63 anos, procura atendimento por apresentar dois episódios de crise convulsiva tônico-clônica generalizada em uma semana. Exame físico após recuperação da crise não demonstra alterações, exceto por evidente déficit de memória. Familiar informa 12 meses de dificuldade com memória recente. É repetitivo em conversas, com piora progressiva. Tem esquecido compromissos sociais e familiares, e precisou afastar-se do trabalho por dificuldade em completar tarefas. Sentia-se bastante triste e abatido. Foi prescrito escitalopram 10 mg/dia, sem modificação dos sintomas. É tabagista intermitente desde os 25 anos com carga tabágica de 10 maços-ano. Exames laboratoriais normais, incluindo hemograma, proteína C reativa, TSH, vitamina B12, eletrólitos, exame qualitativo de urina, função renal e hepática e sorologias para HIV, HBV, HCV e sífilis. Raio-X de tórax normal. Ressonância magnética do encéfalo com contraste sem alterações, exceto leve atrofia de hipocampos. Eletroencefalograma em vigília sem alterações. Punção lombar com pressão de abertura normal. Citológico com 2 células/mm³ (predomínio de linfócitos) e 1 hemácia/mm³. Glicose no líquor/sérica 68 mg/dL e 86 mg/dL, respectivamente; proteínaorraquia 38 mg/dL. Assinale o diagnóstico mais provável:

- (A) Epilepsia idiopática.
- (B) Demência de Alzheimer.
- (C) Demência frontotemporal.
- (D) Encefalite autoimune.
- (E) Depressão.

13. Homem, 67 anos, mostra exames para investigação de tosse e dispneia para avaliação da função pulmonar. O paciente é obeso, com IMC de 31 kg/m², e fumou dos 20 aos 40 anos de idade, 10 cigarros por dia. Marque a alternativa correta:

- (A) Caso a espirometria aponte padrão de distúrbio ventilatório obstrutivo e a capacidade pulmonar de difusão pelo monóxido de carbono esteja reduzida, o diagnóstico mais provável é de asma.
- (B) O grau de obesidade do paciente prevê como alteração mais provável de função pulmonar o aumento da capacidade residual funcional.
- (C) O padrão de fraqueza muscular da parede torácica inclui volume expiratório forçado no primeiro segundo normal (VEF₁), elevação da capacidade vital forçada (CVF) e redução da razão VEF₁/CVF.
- (D) Caso o exame do paciente indique sugestão de distúrbio ventilatório restritivo (redução de CVF e manutenção de razão normal VEF₁/CVF), mas a capacidade pulmonar total esteja normal, não é confirmada a restrição e deve-se considerar tratar-se de distúrbio ventilatório inespecífico.
- (E) Se houver variação significativa de função pulmonar no teste pós-broncodilatador inalatório, considera-se esse fato bom preditor de resposta clínica ao uso de broncodilatador.

14. Durante a formação acadêmica de um médico internista, por diversas vezes, ele irá se deparar com a necessidade de realizar procedimentos invasivos, como acesso venoso central, paracentese, toracocentese e punção lombar, devendo sempre zelar pela indicação adequada dos procedimentos e atentar para suas contraindicações. Sobre a realização de procedimentos nas enfermarias de clínica médica, é **INCORRETO** afirmar que:

- (A) Em pacientes com imunossupressão, com novos episódios de crise convulsiva e com déficits neurológicos focais, está indicada a realização de imagem do sistema nervoso central antes da punção lombar.
- (B) Na toracocentese, não parece existir valor máximo de volume de líquido pleural que possa ser drenado de forma segura, sendo que alguns pacientes podem permanecer assintomáticos mesmo com drenagens superiores a 1,5 litro e alguns podem apresentar edema pulmonar com volume drenado inferior a 1 litro.
- (C) A paracentese tem um papel importante no diagnóstico diferencial de ascite e não deve ser contraindicada em certas condições clínicas, como plaquetopenia e alargamento do INR no contexto de cirrose, dada a baixa taxa de complicações, mas deve ser evitada em pacientes críticos com coagulação intravascular disseminada.
- (D) Na punção lombar, a inserção da agulha cortante com o bisel paralelo ao eixo da coluna (ou seja, paralelo ao eixo das fibras durais) é medida que pode ser utilizada na prevenção de cefaleia pós-punção.
- (E) Quando, após a passagem de um acesso venoso central, se identifica a presença de embolia gasosa, uma medida recomendada é colocar o paciente em decúbito lateral direito e na posição de Trendelenburg para aprisionar a bolha de ar no ápice do ventrículo direito.

15. Homem, 74 anos, com história de tabagismo, hipertensão, hiperplasia prostática e carcinoma escamoso de orofaringe, está internado para realização de procedimento cirúrgico oncológico. Exames: Hb 14,5 g/dL, leucócitos totais 5.600/mm³, com diferencial normal; plaquetas 235.000/mm³. Realizou o procedimento um dia após a admissão e permaneceu na enfermaria para recuperação. Oito dias após, apresentou quadro de febre, dor e edema no membro inferior direito. Novos exames: Hb 11,3 g/dL; leucócitos totais 9.800/mm³, com presença de formas jovens; plaquetas 53.000/mm³. Ultrassom com doppler de membro inferior confirma a presença de trombose em veia poplítea direita. Na prescrição médica, consta adesivo de nicotina, dipirona, enoxaparina, hidroclorotiazida, losartana, morfina, piperacilina-tazobactam e ondansetron. A respeito da trombocitopenia, é correto afirmar:

- (A) Diante da elevada probabilidade de trombocitopenia induzida por heparina, deve-se considerar a suspensão da enoxaparina e início de rivaroxabana.
- (B) O diagnóstico mais provável é de púrpura trombocitopênica imune, a qual provavelmente foi desencadeada pelo procedimento cirúrgico.
- (C) A trombocitopenia pode ser explicada pelo contexto de infecção e trombose pós-cirúrgica, não demandando investigação adicional além do tratamento das condições de base.
- (D) O exame laboratorial de escolha para a confirmação diagnóstica de trombocitopenia induzida por heparina é o anticorpo anti-aquaporina 4.
- (E) Considerando a presença de trombose venosa profunda em paciente com trombocitopenia grave, está indicada a realização de transfusão de plaquetas e colocação de filtro

de veia cava para prevenção de tromboembolismo pulmonar.

16. Homem, 47 anos, procura a emergência por quadro de artralgia em joelho direito de início há 48 horas. Apresenta hipertensão e fibrilação atrial paroxística. Faz uso de losartana 50 mg 2x/dia e apixabana 5 mg 2x/dia. Refere ter usado corretamente os medicamentos hoje. Na chegada, PA 80/50 mmHg, FC 110 bpm, FR 20 mrpm, SpO₂ 98% em ar ambiente; Tax 39,1 °C. Exame cardiopulmonar sem alterações. Joelho direito com importante edema, calor, dor e limitação à movimentação ativa e passiva. Realizada artrocentese, com os seguintes achados: aspecto turvo, 60.000 leucócitos/mm³ (87% de polimorfonucleares), presença de cristais de urato, glicose 65 mg/dL, bacterioscopia e cultura em andamento. Demais exames: Hb 13,4 g/dL; leucócitos 18.900/mm³, 15% de bastões; proteína C reativa 219 mg/L; Cr 1,2 mg/dL; Ur 40 mg/dL; ácido úrico 9,1 mg/dL; lactato arterial 3,8 mmol/L. Assinale a melhor assertiva:

- (A) Anticoagulação com anticoagulante de ação direta (DOAC) não é uma contraindicação à artrocentese.
- (B) O diagnóstico mais provável é de artrite gotosa. Devido às comorbidades, o uso de colchicina ou corticoide intra-articular está indicado para o tratamento agudo.
- (C) Glicose acima de 50 mg/dL no líquido sinovial tem alto valor preditivo negativo para artrite séptica.
- (D) Nas artrites sépticas de joelho, caso haja boa resposta inicial ao tratamento antibiótico, o paciente pode ser desospitalizado com antibiótico por via oral após 5 dias de tratamento endovenoso, não havendo necessidade de drenagem da articulação.
- (E) Cultura do líquido negativa, coletada antes do início do antibiótico, exclui o diagnóstico de artrite séptica.

17. *Acinetobacter* é um bacilo gram-negativo que emergiu como um agente infeccioso de grande importância para hospitais em todo o mundo devido à sua capacidade de acumular diversos mecanismos de resistência, levando a cepas resistentes à maioria dos antibióticos disponíveis. Considerando as diretrizes atuais, qual das alternativas abaixo apresenta a conduta mais adequada para o tratamento de infecções graves por *Acinetobacter baumannii* resistente a carbapenêmicos (CRAB)?

- (A) Devido à atividade bactericida associada ao sulbactam, o uso de ampicilina-sulbactam em alta dose, até 27 gramas ao dia, em combinação com, pelo menos, outro agente ativo, é uma opção terapêutica.
- (B) O tratamento em monoterapia com tigeciclina em altas doses é recomendado para infecções pulmonares, pois esse antibiótico atinge altas concentrações séricas e possui elevada efetividade contra CRAB.
- (C) Polimixina B em monoterapia é a droga de escolha, devido à sua potente atividade *in vitro* contra isolados de CRAB.
- (D) Terapia combinada com colistina e meropenem em infusão prolongada é o tratamento de escolha para infecções de corrente sanguínea devido à sinergia desses antimicrobianos no tratamento de CRAB, independentemente do MIC revelado no antibiograma.
- (E) O tratamento com ceftazidima-avibactam em combinação com aztreonam seria a terapia de primeira linha nesse cenário, com crescentes evidências de eficácia na literatura.

18. Sobre diabetes *mellitus*, assinale a assertiva correta:

- (A) Se um indivíduo tiver resultados discordantes em dois testes diferentes (glicemia de jejum e HbA1C, por exemplo), o resultado do teste normal deverá ser repetido, descartando-se o diagnóstico de diabetes caso este permaneça normal em uma segunda avaliação com intervalo de 3 meses.
- (B) Devido aos efeitos deletérios da hipoglicemia em ambiente hospitalar, a terapia com insulina só deve ser iniciada em pacientes não críticos quando a glicemia ultrapassar 200 mg/dL.
- (C) Os agonistas do receptor do GLP-1 são contraindicados nos pacientes com taxa de filtração glomerular menor que 15 mL/min.
- (D) Para os pacientes com maior risco de hipoglicemia, a associação de agonistas do receptor do GLP-1 com um inibidor da DPP-4 consiste em uma opção segura.
- (E) Na suspeita de diabetes *mellitus* tipo 1, o anticorpo anti-GAD deve ser o primeiro anticorpo avaliado e, se negativo, deve ser seguido pela medida dos anticorpos anti-IA-2 e ZnT8, quando disponíveis.

19. Homem, 53 anos, com história de tabagismo, é encaminhado ao ambulatório por descobrir, em ressonância magnética, em investigação de dor lombar e em flanco direito, lesão expansiva retroperitoneal, adjacente à aorta abdominal e ao espaço perirrenal direito. Há dilatação pielocaliceal severa à direita por importante compressão extrínseca, bem como linfadenopatia portocaval e mesentérica. Nega febre, perda de peso, inapetência, vômitos, disúria, hematúria, história de radioterapia. Hb 14,3 g/dL, leucócitos totais 7.500 células/mm³, plaquetas 259.000/mm³, Cr 1,89 mg/dL, K 4,2 mEq/L, bicarbonato 22 mEq/L. Tomografia de tórax sem alterações. Assinale a melhor assertiva em relação ao manejo desse paciente:

- (A) Se a imunoglobulina G subclasse 4 (IgG4) no sangue estiver normal, a hipótese de doença por IgG4 pode ser descartada.
- (B) Deve ser realizada, idealmente, biópsia da massa retroperitoneal, bem como a solicitação da função tireoidiana, C3, C4 e eletroforese de proteínas séricas.
- (C) A drenagem da via urinária acometida não é necessária por ser unilateral.
- (D) Deve ser prescrita metilprednisolona 500 mg, por três dias, seguida de prednisona 1,0 mg/kg/dia por 4 a 6 meses.
- (E) Em pacientes com doença por IgG4 que são resistentes ao uso de corticoide, imunoglobulina IV é uma alternativa terapêutica.

20. Homem, 67 anos, está internado há 14 dias, com passagem pela unidade de terapia intensiva após colestomia complicada por fístula enterocutânea. Evolui com febre persistente, hipotensão e leucocitose. Está em uso de antibióticos de amplo espectro e nutrição parenteral. A hemocultura coletada há 24 horas revela, no exame preliminar, crescimento de blastoconídeos. O paciente mantém cateter venoso central, passado no dia da cirurgia, há 10 dias. Assinale a melhor alternativa, entre as abaixo:

- (A) Pode-se considerar trocar equinocandina por anfotericina B, formulação lipídica, se as hemoculturas permanecerem persistentemente positivas por cinco dias ou mais, afastados focos de infecção metastática.
- (B) Deve-se manter antifúngico por até sete dias após a última hemocultura positiva e resolução clínica. Há possibilidade de descalonamento para fluconazol se a cepa for sensível a azólico e o paciente estiver estável.

- (C) Deve-se aguardar a identificação definitiva da espécie e o teste de sensibilidade antes de iniciar antifúngico, pois parte das candidemias representa colonização transitória.
- (D) Pode-se remover o cateter venoso central apenas se houver persistência de hemocultura positiva apesar de terapia antifúngica direcionada.
- (E) Deve-se prescrever fluconazol endovenoso.

21. Mulher, 65 anos, tabagista, vem à consulta por achado em raio-X de tórax de fratura por insuficiência de vértebra L2. Nega história de trauma ou dor local. Realizou densitometria mineral óssea, que demonstrou escore-T em coluna L1-L4 -1,2 DP; no colo do fêmur -1,9 DP; e no fêmur total -2,0 DP. Assinale a alternativa que melhor indica o diagnóstico e tratamento a seguir:

- (A) O diagnóstico é de osteoporose, e o tratamento pode ser composto por bifosfonato.
- (B) O diagnóstico é de osteopenia, e uso de antirreabsortivo pode ser justificado em discussão com a paciente de riscos e benefícios.
- (C) O diagnóstico é de osteopenia, e deve ser utilizado o escore FRAX para avaliar risco de fraturas e tratamento com antirreabsortivo, que estará indicado se risco de fratura de quadril for maior ou igual a 3% em 10 anos.
- (D) Não há elementos para conferir diagnóstico de osteoporose. O resultado do escore-T em L1-L4 deve estar subestimado por conta da fratura. Deveria ser realizada densitometria com aferição de densidade óssea no rádio distal.
- (E) O diagnóstico é de osteopenia, e deve ser utilizado o escore FRAX para avaliar risco de fraturas e tratamento com antirreabsortivo indicado se risco de fratura de quadril igual ou maior que 20% em 10 anos.

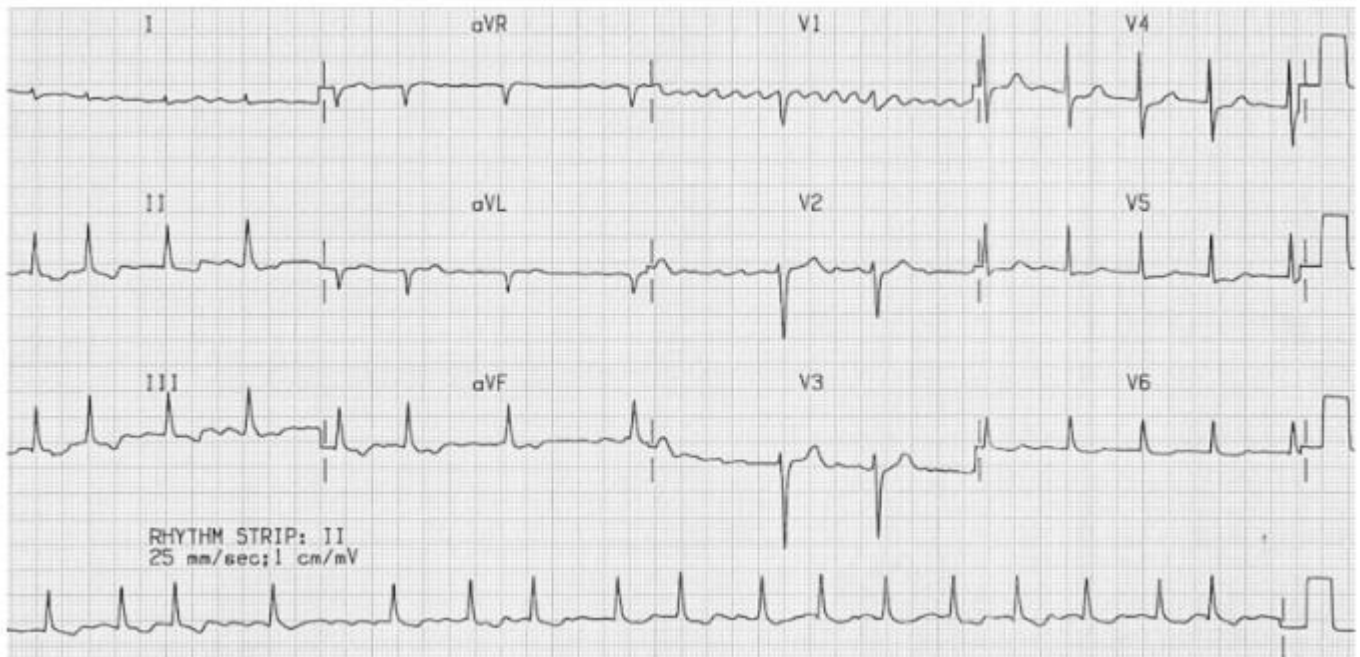
22. Considere os casos clínicos abaixo.

- Paciente 1. Homem, 64 anos, possui diagnóstico de doença venosa crônica e adenocarcinoma de cólon EC IIA.
- Paciente 2. Mulher, 44 anos, em investigação de síndrome dispéptica, obteve diagnóstico de infecção por *Helicobacter pylori*. À endoscopia digestiva alta, ausência de úlcera péptica.
- Paciente 3. Mulher, 54 anos, está em internação prolongada, complicada com infecção por *Clostridioides difficile*.

Assinale a melhor assertiva:

- (A) Antígeno carcinoembriogênico (CEA) e CA 19-9 apresentam elevada sensibilidade para o diagnóstico do câncer do paciente 1.
- (B) Teste não-invasivo para antígeno fecal tem acurácia semelhante ao teste respiratório para o diagnóstico de *H. pylori*.
- (C) Se a paciente 3 estiver com infecção por *Clostridioides difficile* fulminante - presença de hipotensão, choque, megacólon -, ela possuirá indicação de tratamento com vancomicina oral associada à cápsula de microbiota fecal.
- (D) Caso seja confirmada dispepsia funcional na paciente 2, não haverá indicação de tratar o *H. pylori*.
- (E) Se a paciente 3 apresentar-se com pesquisa de toxina por imunoensaio negativa, mas com teste por técnica de amplificação de ácidos nucleicos (do inglês, NAAT) positivo, o diagnóstico de infecção ativa por *Clostridioides difficile* está confirmado.

23. Homem, 68 anos, está hospitalizado em leito de enfermaria. Inicia com queixa de palpitações e dispneia leve. Nega dor torácica e/ou sintomas prévios semelhantes. Ao exame, PA 134/78 mmHg, SpO₂ 92% em ar ambiente, Tax 36,5 °C. Tem diagnóstico de hipertensão, diabetes *mellitus* tipo 2, doença arterial periférica femoropoplíteia e história de troca valvar há 1 ano, com presença de bioprótese aórtica. Último ecocardiograma transtorácico, realizado há dois dias, evidenciou fração de ejeção do ventrículo esquerdo, pelo método de Simpson, de 64%, e dimensão do átrio esquerdo de 42 mm (volume indexado 39 mL/m²). ECG abaixo. Qual o diagnóstico gráfico e a melhor conduta, além de solicitar ecocardiograma transesofágico com vistas à cardioversão elétrica, entre as opções sugeridas?



- (A) Flutter atrial com bloqueio atrioventricular variável. Iniciar anticoagulação plena com anticoagulante de ação direta (DOAC) devido a CHA₂DS₂-Va de 4 pontos associado à amiodarona IV para controle de frequência cardíaca.
- (B) Fibrilação atrial. Iniciar anticoagulação plena com enoxaparina 1 mg/kg, via subcutânea, de 12 em 12 horas, se função renal normal devido a CHA₂DS₂-Va de 6 pontos, associado a betabloqueador para controle de frequência cardíaca.
- (C) Fibrilação atrial. Iniciar anticoagulação plena com DOAC devido a CHA₂DS₂-Va de 4 pontos, associado a betabloqueador por via oral para controle de frequência cardíaca.
- (D) Flutter atrial com bloqueio atrioventricular variável. Iniciar anticoagulação plena com enoxaparina 1 mg/kg, via subcutânea, de 12 em 12 horas se função renal normal devido a CHA₂DS₂-Va de 4 pontos associado AAS 100 mg e betabloqueador seletivo por via oral para controle de frequência cardíaca.
- (E) Fibrilação atrial. Iniciar anticoagulação plena com DOAC associado a clopidogrel 75 mg por menor risco de sangramento em comparação à combinação com AAS, devido a CHA₂DS₂-Va de 4 pontos associado a betabloqueador não seletivo por via oral para controle de frequência cardíaca.

24. Homem, 62 anos, tem história de consumo de tabaco e álcool há pelo menos vinte anos. Procura o serviço de emergência por disfagia progressiva, vômitos e perda ponderal de aproximadamente 15% do peso corporal nos últimos 3 meses. Nas últimas duas semanas, tolera apenas dieta líquida. Durante a internação, é diagnosticada neoplasia gástrica localmente avançada, sem metástases à distância. A equipe da cirurgia indica gastrectomia após período de nutrição pré-operatória de 10 a 14 dias. Exames: Cr 1,1 mg/dL; Ur 30 mg/dL; AST 28 U/L; ALT 32 U/L; bilirrubina total 0,9 mg/dL; fosfatase alcalina 85 U/L; gama-GT 40 U/L; albumina 2,9 g/dL; INR 1,1; triglicerídeos 150 mg/dL; Na 138 mEq/L; cálcio total 8,6 mg/dL; K 3,2 mEq/L; Mg 1,5 mg/dL; bicarbonato 23 mEq/L; proteína C reativa 48 mg/L. Assinale a alternativa que descreve o manejo nutricional mais adequado para este paciente:

- (A) Devido à possibilidade de obstrução do trato gastrointestinal, a nutrição enteral deve ser evitada para não precipitar distensão gástrica e risco de aspiração. A nutrição parenteral é preferível nesse cenário pois permite

atingir as necessidades calórico-proteicas mais rapidamente.

- (B) Trata-se de paciente com risco elevado para síndrome da realimentação. A via alimentar preferencial é por sonda enteral posicionada distalmente à lesão tumoral, caso o trato gastrointestinal esteja pérvio e funcional. Deve-se iniciar o suporte com aproximadamente um terço das necessidades nutricionais, aproximadamente 10 kcal/kg/dia.

(C) A progressão do aporte nutricional deve ser gradual, conforme monitorização clínica e laboratorial. Há indicação de monitorização diária dos três principais eletrólitos envolvidos na síndrome de realimentação - cálcio, sódio e fósforo -, além de suplementação com tiamina.

(D) Tendo o paciente ainda tolerância para líquidos, deve-se manter dieta exclusivamente por via oral com dieta líquida e suplementação oral hiperproteica e hipercalórica, uma vez que esta é a via mais fisiológica.

(E) Caso se opte pelo início de nutrição parenteral, o paciente já possui todos os exames para seu início seguro.

25. Homem, 64 anos, tem diagnóstico de hipertensão, diabetes *mellitus* tipo 2 e fibrilação atrial paroxística. Há dois anos, teve infarto agudo do miocárdio, tratado com angioplastia percutânea de artéria coronária direita. O paciente foi internado por acidente vascular encefálico isquêmico NIHSS 14 pontos, que sofreu transformação hemorrágica ECASS H1 (pequenas petéquias puntiformes) após terapia com alteplase, com piora do NIHSS para 16 pontos. Encontra-se no seu décimo dia de internação, em leito de enfermaria, em processo de reabilitação fonoaudiológica e fisioterápica. É acionada equipe médica de plantão devido à piora clínica e à queixa de dispneia. Ao exame, após ressuscitação volêmica adequada, está ansioso, pálido e sudorético, PA 84/50 mmHg, FC 138 bpm, FR 26 mrpm, SpO₂ 86% em ar ambiente, Tax 38,4 °C. Ausculta cardíaca sem particularidades. Ausculta pulmonar evidencia crepitações em bases e roncos bilateralmente. Exame físico do abdome sem particularidades. Tempo de enchimento 5 segundos. Ao ultrassom à beira leito, deslizamento pleural bilateral, pulmões com padrão B e consolidação na base do pulmão esquerdo. Derrame pleural pequeno à esquerda e ausente à direita. Fração de ejeção do ventrículo esquerdo aparenta ser levemente reduzida. Veia cava inferior com 2,4 cm e variabilidade maior que 50%. Assinale a assertiva, entre as abaixo, mais correta:

- (A) Trata-se de quadro de sepse possível, devendo ser coletados exames complementares pertinentes para a definição diagnóstica e considerado o início do tratamento antimicrobiano dentro das primeiras 3 horas do quadro.
- (B) A avaliação seriada do tempo de enchimento capilar pode ser considerada para guiar a fase de ressuscitação volêmica aguda.
- (C) O quadro de congestão pulmonar, evidenciado ao ultrassom à beira-leito, contraindica a expansão volêmica normalmente sugerida de 30 mL/kg de solução cristalóide nas primeiras horas do manejo agudo da sepse.
- (D) A exclusão de novo infarto agudo do miocárdio é essencial antes da prescrição de antimicrobianos.
- (E) Sugere-se a dosagem de biomarcadores, como proteína C reativa ou procalcitonina, para avaliar o início da terapia antimicrobiana.

26. Homem, 60 anos, com história de tabagismo e etilismo há 30 anos, apresenta episódios de diarreia intermitente há cerca de dois anos. Refere que, nos últimos quatro meses, apresentou piora dos sintomas, com episódios de fezes líquidas diariamente, cerca de quatro a cinco vezes ao dia, principalmente, após a alimentação de grande volume, com melhora em períodos de jejum. Queixa-se de dor em terço superior do abdome e perda de 8 kg no período. Traz exames de endoscopia digestiva alta e colonoscopia, ambos dentro da normalidade. Em relação à investigação diagnóstica e tratamento, assinale, entre as abaixo, a melhor assertiva:

- (A) A tomografia computadorizada de abdome com contraste deve ser realizada como exame inicial. Porém, para confirmação diagnóstica, é necessária realização de ecoendoscopia ou de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica para avaliação mais detalhada do ducto pancreático.
- (B) A dosagem dos níveis de elastase fecal é importante para o diagnóstico. Níveis maiores que 200 mcg/g sugerem o diagnóstico de insuficiência exócrina pancreática.
- (C) Para o controle da dor abdominal, deve-se evitar o uso de opioides pela baixa eficácia e pelo risco de efeitos adversos no paciente com transtorno por uso de álcool.

(D) Ao diagnóstico, deve-se, idealmente, realizar avaliação laboratorial para identificar deficiência de vitaminas lipossolúveis e densitometria óssea devido ao risco aumentado de osteopenia e osteoporose.

(E) Para controle da má absorção e melhora sintomática, é recomendada uma dieta fracionada, pobre em gordura e uso contínuo de inibidores de bomba de prótons.

27. Mulher, 54 anos, está internada, em oitavo dia de pós-operatório, após ter realizado laparotomia exploradora por diverticulite aguda complicada com peritonite fecal no dia da admissão hospitalar. Possui diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2, obesidade com IMC de 48,5 kg/m² e doença venosa crônica, tendo sido submetida à safenectomia em membro inferior esquerdo há 10 anos. É chamada avaliação médica por hipoxemia, SpO₂ 84% em ar ambiente, e FR 33 mrpm, com uso de musculatura acessória. Ao exame, alerta, orientada em tempo e espaço, sudorética, PA 164/85 mmHg, FC 117 bpm, FR 36 mrpm, SpO₂ 90% com óculos nasais a 5 L/min, Tax 35,9 °C. Aumento da circunferência cervical em contexto de obesidade e presença de inserção de cateter venoso central dificultam avaliação de turgência jugular. Ausculta cardíaca com ritmo regular, sem sopros. Ausculta pulmonar com murmúrios presentes em ambos os hemitórax e aparentemente reduzidos em bases. Possui edema perimaleolar em membro inferior direito e até a tuberosidade da tíbia à esquerda. Tempo de enchimento capilar de 3 segundos. Ao ultrassom à beira leito, deslizamento pleural bilateral. Três ou mais linhas B nos campos anterior inferior e lateral inferior do pulmão direito. Demais campos com menos de três linhas B. Ausência de atelectasia/consolidação. Derrame pleural pequeno à direita e ausente à esquerda. Veia cava inferior com 1,6 cm e variabilidade >50%. Avaliação de membros inferiores da junção da veia safena magna com a veia femoral comum até veia poplítea, com vasos compressíveis, sem material ecogênico em seu interior. Assinale a conduta mais adequada, entre as abaixo, para o caso acima:

- (A) Diurético endovenoso e ventilação mecânica não invasiva.
- (B) Anticoagulação plena.
- (C) Toracocentese à direita.
- (D) Antibioticoterapia que vise à cobertura de infecção respiratória nosocomial.
- (E) AAS 300 mg e clopidogrel 300 mg.

28. Homem, 61 anos, está em investigação ambulatorial de fadiga, inapetência e desconforto abdominal com início há sete meses e piora nas últimas semanas. Ao exame, palidez mucocutânea, abdome levemente distendido, ascite de pequeno volume e esplenomegalia palpável a 2 cm do rebordo costal. Não são identificados linfonodos palpáveis. Hb 9,8 g/dL, leucócitos totais 14.500 cél/mm³ (neutrófilos 10.500/mm³, monócitos 450/mm³, eosinófilos 50/mm³, linfócitos 3.500/mm³), plaquetas 98.000/mm³, ferritina 487 ng/mL, saturação da transferrina 46%, LDH 847 U/L, INR 1,3 e funções renal e hepática normais. Presença da mutação do gene JAK2 V617F. Qual o diagnóstico mais provável?

- (A) Leucemia mieloide crônica.
- (B) Hemocromatose hereditária.
- (C) Mielofibrose primária.
- (D) Policitemia vera.
- (E) Leucemia de células pilosas.

29. A asma é uma importante doença respiratória, com prevalência em cerca de 8% da população. Você foi contratado para atender em um ambulatório de saúde pública de pacientes com asma. Assinale a opção correta a respeito do diagnóstico ou manejo dos pacientes:

- (A) A terapia de supressão ácida gástrica com inibidor de bomba de prótons é recomendada de rotina em pacientes com histórico de exacerbações asmáticas frequentes, visando tratar doença do refluxo gastroesofágico silenciosa que ocasiona piora no padrão asmático, mesmo na ausência de sintomas característicos.
- (B) As vacinas com base em ovo-albumina, como a da proteção de influenza sazonal, devem ser evitadas em pacientes asmáticos devido ao risco de indução de reação alérgica e broncoespasmo.
- (C) A gestante com asma deve evitar o uso de corticoides inalatórios e broncodilatadores adrenérgicos de ação longa, sendo preferido o tratamento com broncodilatadores adrenérgicos de ação curta, mais estudados e seguros em termos de embriogênese e saúde fetal.
- (D) A radiografia do paciente asmático é comumente anormal e apresenta padrão patognomônico, com hiperinsuflação pulmonar bilateral, retificação das cúpulas diafragmáticas e sinais de broncopatia.
- (E) O escarro amarelado ou esverdeado no paciente asmático não significa necessariamente infecção, pois elementos celulares e acelulares da própria asma podem gerar a coloração. Na suspeita de infecção, indica-se coloração do escarro por Gram ou Wright.

30. Homem, 60 anos, 30 minutos após angioplastia percutânea primária da artéria descendente anterior por infarto agudo do miocárdio, desenvolve taquicardia ventricular polimórfica não sustentada, com 7 batimentos. Ao exame, PA 107/64 mmHg, K 3,3 mEq/L e Mg 1,4 mg/dL. Qual das condutas é mais eficaz, entre as abaixo, para prevenir morte súbita?

- (A) Amiodarona 150 mg endovenosa em *bolus*.
- (B) Lidocaína 100 mg endovenosa.
- (C) Correção agressiva de potássio e de magnésio, para valores acima de 4,0 mEq/L e 2,0 mEq/L, respectivamente.
- (D) Implantar cardiodesfibrilador implantável temporário.
- (E) Aumentar dose de betabloqueador.

31. Homem, 64 anos, vem ao ambulatório com queixa de sonolência diurna, cansaço, dispneia aos esforços e tosse eventual. Apresenta diagnóstico de hipertensão, obesidade, dislipidemia e tabagismo com carga tabágica de 60 maços-ano. Nega cirurgias, internações ou histórico de tromboembolismo prévio. Faz uso de losartana 50 mg 2x/dia, hidroclorotiazida 25 mg e atorvastatina 40 mg. Exame físico sem alterações relevantes. Exames: Hb 18,5 g/dL; Ht 55%; leucócitos totais 3.900/mm³ com diferencial normal; plaquetas 204.000/mm³; LDH 198 U/L; Cr 1,06 mg/dL; Ur 41 mg/dL; eritropoietina sérica 34,2 mUI/mL (valor de referência 5,4 a 28,3 mUI/mL); AST 17 U/L; ALT 19 U/L; bilirrubina total 1,12 mg/dL. Em relação à eritrocitose, qual a principal hipótese diagnóstica, investigação diagnóstica e conduta mais adequada, respectivamente, entre as abaixo, em relação ao caso acima?

- (A) Policitemia vera - Biópsia de medula óssea e teste de mutação do gene JAK2 V617F - Iniciar AAS 100 mg.
- (B) Policitemia vera - Imunofenotipagem de medula óssea e teste de mutação do gene JAK2 V617F - Iniciar rivaroxabana 20 mg.

(C) Policitemia vera - Biópsia de medula óssea e teste de mutação do gene JAK2 V617F - Iniciar programa de sangria terapêutica (flebotomia) com alvo de hematócrito inferior a 45%.

(D) Policitemia secundária - Investigação de doenças cardíacas e pneumológicas, como apneia obstrutiva do sono - Iniciar programa de sangria terapêutica (flebotomia) com alvo de hematócrito inferior a 45%.

(E) Policitemia secundária - Investigação de doenças cardíacas e pneumológicas, como apneia obstrutiva do sono - intervenções terapêuticas direcionadas à doença de base.

32. Mulher, 50 anos, possui história de síndrome coronariana crônica, em uso de AAS 100 mg, atorvastatina 40 mg e carvedilol 12,5 mg 2x/dia. É trazida à emergência por enterorragia volumosa, iniciada há 24 horas. Nega episódios semelhantes previamente. À admissão, bom estado geral, lúcida, orientada em tempo e espaço, mucosas normocoradas, PA 113/68 mmHg, FC 94 bpm, FR 17 mrpm, SpO₂ 95% em ar ambiente, Tax 36,7 °C. Toque retal evidenciou sangramento em dedo de luva. Exames: Hb 11,1 g/dL; leucócitos totais 9.400/mm³, plaquetas 214.000/mm³, INR 1,0. Analise as assertivas abaixo:

- () Apresenta escore de Oakland de 16 pontos. Há indicação de ser internada para prosseguir investigação.
- () Colonoscopia de urgência, isto é, dentro das primeiras 24 horas, é indicada, pois demonstra melhora dos desfechos de ressangramento e mortalidade em pacientes com hemorragia digestiva baixa.
- () Endoscopia digestiva alta deve ser solicitada junto à colonoscopia para excluir fonte alta de sangramento.
- () Há benefício na administração de agente antifibrinolítico, como ácido tranexâmico, para reduzir tempo de permanência hospitalar e necessidade de transfusão sanguínea.
- () Terapia com AAS deve ser suspensa no contexto de sangramento agudo.

Preencha as lacunas com V se afirmação verdadeira ou F se afirmação falsa, de cima para baixo, respectivamente:

- (A) F - V - V - V - V.
- (B) V - V - F - F - F.
- (C) V - F - F - F - F.
- (D) V - V - F - F - V.
- (E) F - V - F - F - F.

33. Homem, 32 anos, previamente hígido, apresenta há 2 meses tosse seca persistente, fadiga e perda ponderal de 4 kg. Refere dor articular em tornozelos e nódulos dolorosos eritematosos na região anterior das pernas. Na radiografia de tórax, observam-se linfonodomegalias hilares bilaterais. Qual o diagnóstico mais provável?

- (A) Tuberculose pulmonar com eritema nodoso.
- (B) Sarcoidose (síndrome de Löfgren).
- (C) Pneumonia bacteriana com artrite reativa.
- (D) Linfoma não Hodgkin.
- (E) Aspergilose pulmonar.

34. Considere os casos clínicos.

Paciente 1. Homem, 55 anos, portador de cirrose Child-Pugh B secundária à infecção por HBV apresenta o perfil laboratorial: HBsAg reagente, anti-HBe reagente, HBeAg não reagente, carga viral (HBV-DNA quantitativo) não detectável e aminotransferases dentro dos valores da normalidade. Esse paciente é considerado portador de infecção crônica pelo HBV, e não possui indicação de tratamento antiviral.

Paciente 2. Mulher, 62 anos, possui diagnóstico recente de linfoma não Hodgkin, com plano de iniciar tratamento com R-CHOP. Apresenta o perfil laboratorial: HBsAg não reagente, anti-HBs reagente, anti-HBc total reagente, anti-HBc IgM não reagente e carga viral não detectável. Essa paciente possui indicação de utilizar medicamento antiviral para HBV.

Paciente 3. Homem, 67 anos, possui diagnóstico de hepatite B em uso de TDF. Apresenta o perfil laboratorial: HBsAg reagente, anti-HBe reagente, HBeAg não reagente, carga viral não detectável, plaquetas 185.000/mm³. Calculado escore PAGE-B de 20 pontos. Ultrassom de abdome demonstra fígado de dimensões normais, bordos lisos e ecogenicidade homogênea. Veia porta de diâmetro usual. Baço com dimensões habituais. Ausência de líquido livre no abdome. Considerando os exames e a história clínica, esse paciente não possui evidências de hepatopatia crônica/cirrose, nem risco aumentado de desenvolver hepatocarcinoma.

Estão corretas as condutas dos casos clínicos:

- (A) Somente o caso do paciente 1 está correto.
- (B) Somente o caso do paciente 2 está correto.
- (C) Somente o caso do paciente 3 está correto.
- (D) Somente os casos dos pacientes 1 e 2 estão corretos.
- (E) Todos os casos estão corretos.

35. Em relação ao diagnóstico diferencial de pacientes com disfagia, correlacione os casos abaixo com o diagnóstico mais provável.

Paciente 1. Homem, 45 anos, apresenta impactação alimentar após consumo de churrasco. No exame endoscópico, apresenta estrias longitudinais. Realizadas biópsias de esôfago distal e médio para confirmação diagnóstica.

Paciente 2. Mulher, 85 anos, com queixa de halitose, relata eventualmente tosse ao consumir alimentos. Descreve também a sensação de algo preso em topografia cervical após alimentar-se. Realizada radiografia contrastada do esôfago-estômago-duodeno demonstrando formação sacular em topografia cervical.

Paciente 3. Mulher, 32 anos, moradora de zona rural endêmica para Chagas, apresenta disfagia para sólidos em todas as refeições, dor torácica ao se alimentar, perda ponderal importante, regurgitação alimentar. Apresenta manometria esofágica de alta resolução que demonstra pressão de relaxamento integrado elevada, traduzindo dificuldade de relaxamento do esfíncter esofágico inferior.

Paciente 4. Mulher, branca, 40 anos, possui disfagia para sólidos. O exame laboratorial demonstrou anemia com perfil de ferropenia. Ao exame radiológico com contraste oral, há presença de finas membranas. Ao exame endoscópico, apresenta anéis fibrosos finos que se rompem com a passagem do endoscópio.

- () Síndrome de Plummer-Vinson.
- () Esofagite eosinofílica.

- () Acalásia
- () Divertículo de Zenker.

Sobre os casos clínicos, relacione as colunas, de cima para baixo, respectivamente:

- (A) 4, 1, 3, 2.
- (B) 1, 2, 3, 4.
- (C) 2, 4, 1, 3.
- (D) 3, 1, 4, 2.
- (E) 1, 4, 3, 2.

36. Homem, 45 anos, sem comorbidades prévias, é diagnosticado com leucemia mieloide aguda. Inicia quimioterapia em altas doses com citarabina e antraciclina. Duas semanas após o término do tratamento, os exames demonstram Hb 6,2 g/dL; leucócitos totais 40/mm³ (diferencial prejudicado pela leucopenia); plaquetas 7.000/mm³. No dia seguinte, o médico plantonista é chamado pela enfermagem para avaliação devido à Tax 38,2 °C. Assinale a melhor assertiva entre as abaixo:

- (A) A transfusão de plaquetas deve ser realizada apenas em pacientes com sangramento ativo ou que serão submetidos a procedimentos invasivos.
- (B) A transfusão de concentrado de hemácias deve ser realizada, obrigatoriamente, com hemocomponente irradiado devido ao risco elevado de doença do enxerto contra o hospedeiro transfusional.
- (C) É mandatória a coleta de hemoculturas, bem como o início de antibiótico de amplo espectro, exceto em pacientes assintomáticos e sem alteração de sinais vitais.
- (D) Pacientes com neutropenia, frequentemente, apresentam infecções oligossintomáticas. Portanto, a realização precoce de exames de imagem é de grande auxílio na identificação do foco infeccioso.
- (E) Por se tratar de neutropenia transitória induzida pela quimioterapia, o risco de infecções oportunistas, como infecção fúngica invasiva, é baixo quando comparado com outras terapias imunossupressoras como uso crônico de corticoide.

37. Mulher, 58 anos, é atendida no ambulatório. Ela refere tuberculose pulmonar tratada, com alta por cura. Apresenta tosse e, por vezes, escarro. Não relatou no último ano exacerbação infecciosa ou hemoptise. No momento, nega dispneia. Tomografia computadorizada de tórax com presença de bronquiectasias cilíndricas e algumas varicosas no lobo superior direito, com áreas de fibroatelectasia e espessamento pleural apical residual. Assinale a alternativa correta:

- (A) Em caso de urgência por hemoptise grave, pode ser realizada embolização dos vasos sangrantes.
- (B) A cirurgia de ressecção do lobo superior direito está recomendada, devido ao risco de progressão da doença e de destruição pulmonar.
- (C) Em caso de exacerbação infecciosa, o tratamento antibiótico deve ser realizado por 3 a 5 dias, preferencialmente com coleta de escarro prévia ao tratamento para guiar por cultura microbiológica.
- (D) Mobilização de secreção de via aérea e uso de dispositivos portáteis oscilatórios de pressão em via aérea são reservados para casos graves e refratários ao uso de broncodilatadores e corticoides inalatórios.
- (E) Não se recomenda de rotina imunização para influenza e pneumococo nesse caso. A indicação é para pacientes com comorbidades e mais de 65 anos.

38. Mulher, 26 anos, vem à consulta para seguimento de tratamento de sífilis primária. Realizou tratamento com penicilina G benzatina. Valor de VDRL no diagnóstico: 1/128. Concluiu o tratamento há três meses. O VDRL agora indica titulação de 1/64. A melhor conduta, entre as abaixo, é, além de investigar reexposição e manifestações clínicas de sífilis:

- (A) Observação e novo VDRL em 3 meses.
- (B) Retratamento com penicilina G benzatina 2.400.000 UI, intramuscular, dose única.
- (C) Punção lombar para investigação de neurosífilis.
- (D) Retratamento com ceftriaxone 1 g, intramuscular, por 10 dias.
- (E) Retratamento com penicilina G benzatina 2.400.000 UI, intramuscular, 3 doses (total de 7.200.000 UI), espaçadas em uma semana.

39. Homem, 55 anos, procura atendimento por ter “desmaiado”. Estava sozinho em casa quando foi ao banheiro escovar os dentes pela manhã. Não tem lembrança do ocorrido. Recorda-se de estar em frente ao espelho e acordar no chão do banheiro. Não sabe quanto tempo ficou inconsciente. Não lembra de sintomas antes da perda de consciência. Ao recuperar-se, estava urinado e sentia-se cansado, com dores pelo corpo e cefaleia. Informa intensa ansiedade relacionada a questões familiares. Dentre os elementos da anamnese citados, assinale aquele que indica que a perda de consciência foi causada, mais provavelmente, por crise convulsiva em vez de síncope cardiogênica:

- (A) Idade do paciente.
- (B) Não ter lembrança do evento.
- (C) Incontinência urinária.
- (D) Dores pelo corpo.
- (E) Estresse emocional antecedendo o evento.

40. Assinale a assertiva correta:

- (A) A sarcoidose e a imobilização prolongada são causas de hipercalcemia com paratormônio elevado.
- (B) Antidepressivos tricíclicos e inibidores seletivos da recaptação de serotonina interferem na interpretação das metanefrinas no plasma, devendo ser suspensos 48 horas antes da coleta do exame.
- (C) A cintilografia com metaiodobenzilguanidina (MIBG) é mais sensível que a tomografia computadorizada e que a ressonância magnética, porém menos específica do que ambos para o diagnóstico de feocromocitoma.
- (D) A presença de aldosterona >20 ng/dL, renina supressa e hipocalcemia pode dispensar o uso de um teste confirmatório para diagnóstico de hiperaldosteronismo primário.
- (E) A síndrome de Prader-Willi está associada a hipogonadismo predominantemente hipergonadotrófico, hipotonia muscular crônica, prejuízo cognitivo e diabetes mellitus.

41. Homem, 82 anos, tem diagnóstico de hipertensão, fibrilação atrial permanente e insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida de etiologia isquêmica. Apresentou acidente vascular encefálico isquêmico TOAST cardioembólico há 4 anos. Escala de Rankin modificada de 4. Queixa-se de dispneia desde a última consulta, atualmente presente para pequenos esforços. Nega dor torácica, ortopneia, dispneia paroxística noturna e edema de

membros inferiores. Está em uso de AAS 100 mg, rosuvastatina 20 mg, carvedilol 12,5 mg 2x/dia, enalapril 20 mg 2x/dia, espironolactona 25 mg e dapagliflozina 10 mg. Ao exame, PA 127/74 mmHg, FC 83 bpm, FR 16 mrpm, SpO₂ 96% em ar ambiente. Peso 68,9 kg, semelhante ao da última consulta. Ausculta cardíaca com ritmo irregular, sem sopros. Ausência de turgência jugular a 45° ou edema de membros inferiores. Ausculta respiratória sem alterações. Exames: Hb 14,1 g/dL, Cr 0,92 mg/dL; K 4,2 mEq/L; Na 135 mEq/L. Assinale, entre as abaixo, a melhor assertiva:

- (A) Um controle mais intensivo de frequência cardíaca, inicialmente com aumento da dose de betabloqueador e, posteriormente, se necessário, com a associação de bloqueador do canal de cálcio não diidropiridínico, deve ser considerado para controle dos sintomas.
- (B) Está indicada a associação de anticoagulante oral, como apixabana em dose reduzida de 2,5 mg 2x/dia.
- (C) A associação de digoxina pode ser considerada caso o paciente permaneça sintomático apesar do aumento de dose de betabloqueador.
- (D) Caso o pico do VO₂ máximo desse paciente seja igual ou inferior a 20 mL/kg/min, ele deve ser avaliado para transplante cardíaco.
- (E) A associação de antiarrítmicos, como amiodarona, deve ser considerada como primeira escolha para controle de sintomas.

42. Homem, 58 anos, apresenta história de dois meses de tosse, febrícula e dispneia. Realizou dois tratamentos antibióticos ambulatorialmente sem melhora. Tomografia computadorizada de tórax evidencia consolidações bilaterais descontínuas e infiltrados em vidro fosco, predominantemente periféricos e com distribuição peribroncovascular. Foi realizada biópsia transbrônquica, que demonstrou grupamentos de tecido de granulação intra-alveolar. Qual o diagnóstico, entre os abaixo, mais provável e qual seu tratamento de primeira linha?

- (A) Adenocarcinoma de pulmão – Quimioterapia.
- (B) Pneumonia bacteriana – Antibioticoterapia.
- (C) Pneumonia em organização – Corticoterapia.
- (D) Pneumonia eosinofílica crônica – Corticoide inalatório.
- (E) Fibrose pulmonar idiopática – Nintedanibe.

43. Em relação às reações cutâneas graves induzidas por medicamentos, assinale a alternativa correta:

- (A) A síndrome de Stevens-Johnson e a necrólise epidérmica tóxica caracterizam-se por início precoce após o uso da droga, geralmente nas primeiras 48 horas, com rash morbiliforme e acometimento hepático.
- (B) A síndrome DRESS (*drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms*) é uma reação de hipersensibilidade imediata geralmente mediada por IgE, que cursa com rash morbiliforme e broncoespasmo após reexposição ao fármaco.
- (C) A necrólise epidérmica tóxica é caracterizada por necrose epidérmica extensa com descolamento de mais de 30% da superfície corporal total. Seu manejo se baseia na suspensão da droga e suporte intensivo, similar ao de pacientes queimados.
- (D) Na síndrome DRESS, a presença de acometimento de mucosas descarta essa hipótese.
- (E) A síndrome de Stevens-Johnson decorre de uma reação previsível, relacionada à toxicidade direta do fármaco, sem mediação imunológica.

44. Homem, 64 anos, com história prévia de diabetes *mellitus* tipo 2 - em uso de liraglutida e dapagliflozina - e hipertensão em uso de anlodipino, procura atendimento por dispneia. Refere início dos sintomas há aproximadamente um ano e evolução gradual com dispneia paroxística noturna, ortopneia e edema periférico. Exames: Hb 13,4 g/dL; leucócitos totais 7.630/mm³; plaquetas 323.000/mm³; NT-proBNP 5.230 pg/mL; HbA1c 6,9%; Cr 0,62 mg/dL; K 4,0 mEq/L; Na 138 mEq/L. Eletrocardiograma (imagem abaixo). Ecocardiograma transtorácico evidenciou espessamento concêntrico das paredes do ventrículo esquerdo, aumento volumétrico do átrio esquerdo e fração de ejeção de 56%. O diagnóstico etiológico mais provável, entre os abaixo, é:



- (A) Doença de Fabry.
- (B) Miocardiopatia hipertensiva.
- (C) Miocardiopatia chagásica.
- (D) Amiloidose.
- (E) Miocardiopatia isquêmica.

45. Em relação à espondilite anquilosante, é correto afirmar que:

- (A) A presença de HLA-B27 é necessária para o diagnóstico e está presente em quase todos os casos.
- (B) A dor lombar inflamatória típica melhora com o repouso e piora com o exercício físico.
- (C) O achado radiográfico precoce mais característico é a fusão completa das articulações sacroilíacas.
- (D) O envolvimento extra-articular mais comum é a uveíte anterior recorrente.
- (E) A utilização de anti-inflamatórios não esteroidais deve ser evitada, pois pode acelerar a progressão radiográfica.

46. A colangite biliar primária é uma doença colestática crônica, de caráter autoimune e curso progressivo. Nos últimos anos, surgiram muitas mudanças em seu diagnóstico e manejo, levando ao reconhecimento de pacientes em estágio precoce, o que permite prevenir complicações da doença. Analise as assertivas abaixo.

- () O anticorpo antimitocôndria estará reagente em, aproximadamente, 95% dos casos.
- () Para o diagnóstico, é necessária biópsia hepática para confirmação histológica e exclusão de outras doenças colestáticas.
- () O ácido ursodesoxicólico é o tratamento farmacológico de primeira linha e seu uso está associado à redução na

necessidade de transplante hepático; melhora da fadiga, do prurido e da doença óssea associada.

() Pacientes com colangite biliar primária têm risco aumentado de osteoporose/osteopenia, devendo ser submetidos à densitometria óssea de rastreamento periodicamente.

Preencha as lacunas com V se afirmação verdadeira ou F se afirmação falsa, de cima para baixo, respectivamente:

- (A) V - V - V - F.
- (B) V - F - F - V.
- (C) F - V - V - V.
- (D) V - V - V - V.
- (E) V - F - V - V.

47. Mulher, 79 anos, assintomática, apresenta, em exame de rotina, anemia macrocítica. Exames: Hb 10,5 g/dL; VCM 108 fL; leucócitos 3.500/mm³, plaquetas 130.000/mm³. TSH, T4 livre, marcadores de função e lesão hepáticos, vitamina B12 e folato são normais. O esfregaço de sangue periférico mostra ovalo-macrócitos e alguns neutrófilos hipossegmentados. Qual o diagnóstico, entre os abaixo, mais provável?

- (A) Deficiência de zinco.
- (B) Anemia perniciosa.
- (C) Anemia aplásica.
- (D) Hepatopatia crônica.
- (E) Síndrome mielodisplásica.

48. Mulher, 64 anos, com diagnóstico de hipertensão e transtorno por uso de álcool, inicia quadro de cefaleia intensa, confusão, vômitos e febre nas últimas 24 horas. É trazida à emergência por familiares após perda de consciência com queda da própria altura, apresentando retorno à consciência após alguns minutos. Ao exame, PA 117/68 mmHg, FC 103 bpm, FR 21 mrpm, SpO₂ 97% em ar ambiente, Tax 38,4 °C. Pupilas isocóricas e fotorreagentes. Abertura ocular ao som. Resposta verbal confusa. Localiza o estímulo doloroso. Discreta paralisia facial supranuclear à direita. Força motora e sensibilidade tátil preservadas nos quatro membros. Apresenta rigidez de nuca. Os demais aspectos do exame clínico sem particularidades. Assinale, entre as abaixo, a melhor alternativa:

- (A) Caso seja iniciada terapia antimicrobiana empírica com associação de antimicrobianos, a evidência de bacilos gram positivos em bacterioscópico de líquido indica manutenção de terapia isolada com cefalosporina de terceira geração.
- (B) Deve-se considerar início empírico de corticoide adjuvante com dexametasona para redução de sequelas neurológicas e, em determinadas populações, mortalidade. Entretanto, na evidência de cocos gram negativos em bacterioscópico de líquido, sua suspensão deve ser considerada.
- (C) O tratamento empírico inicial deve levar em consideração a cobertura de *Streptococcus pneumoniae* e *Neisseria meningitidis*, devendo ser realizado com cefalosporina de terceira geração em monoterapia.
- (D) Na evidência de cocos gram negativos em líquido, a profilaxia antimicrobiana está indicada para contactantes domiciliares e para todos os profissionais de saúde envolvidos no tratamento inicial da paciente.
- (E) O exame de punção lombar é essencial para o diagnóstico, e só deve ser postergado em caso de pacientes com imunossupressão para realização de exame de imagem.

49. Homem, 61 anos, tem diagnóstico de hipertensão e diabetes *mellitus* tipo 2. É tabagista ativo e tem história de sangramento digestivo alto por doença ulcerosa péptica relacionada a *Helicobacter pylori*, que foi tratado há três meses. Procura atendimento três horas após início de quadro de disartria e paresia em membro superior direito, iniciados vinte minutos após o despertar. À admissão, PA 193/92 mmHg, FC 107 bpm, ritmo irregular, FR 16 mrpm, SpO₂ 97% em ar ambiente, Tax 36,4 °C. Mantinha apenas assimetria de força em membros superiores, referindo melhora. Linguagem e articulação da fala sem alterações. Negava cefaleia, dispneia ou dor no peito. Não foram identificadas outras alterações ao exame. NIHSS 1 ponto. Tomografia computadorizada de crânio sem contraste: parênquima encefálico com morfologia e densidade normais. Assinale, entre as abaixo, a melhor alternativa:

- (A) Pressão arterial sistólica maior ou igual a 180 mmHg ou sangramento digestivo nos últimos três meses contraindicam terapia trombolítica.
- (B) Trata-se de quadro de acidente isquêmico transitório de alto risco de recorrência, devendo o paciente ser submetido à terapia com AAS e clopidogrel por 21 dias. Após esse período, deve-se manter AAS *ad eternum* em monoterapia.
- (C) Caso seja confirmada presença de fibrilação atrial, a anticoagulação deve ser iniciada após concluídos 21 dias de dupla antiagregação plaquetária.

(D) Não há indicação de controle pressórico mais rigoroso no momento da apresentação, podendo o tratamento anti-hipertensivo ser reavaliado dentro das primeiras 48 a 72 horas após o evento.

(E) A angioressonância magnética é o exame não invasivo preferencial para detectar placas de aterosclerose em vasos cervicais.

50. Em relação ao manejo perioperatório de cirurgias não cardíacas, assinale a assertiva correta:

- (A) Para pacientes que serão submetidos a cirurgias eletivas e que foram submetidos à angioplastia percutânea com *stent* farmacológico por síndrome coronariana crônica, deve-se aguardar, obrigatoriamente, pelo menos, 12 meses para a realização da cirurgia.
- (B) Pacientes não devem ser liberados para cirurgia bariátrica, uma cirurgia eletiva, caso a hemoglobina glicada dos últimos três meses esteja acima de 7,5%.
- (C) Em pacientes com marcapasso que vão ser submetidos a cirurgias abaixo da região umbilical, é necessário que o marcapasso seja reprogramado para o modo assíncrono.
- (D) Em pacientes com estenose aórtica grave e com fração de ejeção abaixo de 50% que estão em planejamento para cirurgias eletivas de alto risco, caso a doença valvar seja assintomática, mesmo que o paciente seja candidato à troca valvar, a cirurgia não necessita ser postergada para se avaliar correção da valvopatia.
- (E) Cessação do tabagismo por, pelo menos, quatro semanas é recomendada antes de cirurgias eletivas para, potencialmente, reduzir complicações pós-operatórias e mortalidade.