

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Na abordagem do paciente, deve-se considerar a anamnese como parte indispensável, pois complementa o exame clínico e, de modo geral, facilita o diagnóstico. Acerca da anamnese do paciente adulto, julgue os itens a seguir.

- 61 De modo geral, a história da queixa atual inclui descrição sequencial, localização, características e intensidade dos sintomas. Além disso, devem-se investigar a ocorrência prévia da queixa e a existência de diagnóstico definido na época.
- 62 No exame clínico, o médico deve priorizar questionamentos referentes a alterações no peso ou no apetite, a falta de ar, a depressão, a dificuldade em urinar, o desconforto abdominal, entre outros, de forma aberta e indireta, pois perguntas diretas podem induzir o paciente a erro.

Em pacientes com doença renal crônica (DRC), a redução da pressão é a medida mais eficaz para prevenção ou amenização da progressão do dano renal. Relativamente à DRC, julgue os próximos itens.

- 63 Considera-se portador de DRC o indivíduo que apresente taxa de filtração glomerular abaixo de 60 mL/min./1,73 m² ou que possua ao menos um marcador de dano parenquimatoso ou alguma alteração renal por exame de imagem. Esse diagnóstico se dá independentemente da causa e do tempo de alteração.
- 64 O paciente com DRC no estágio 1 (taxa de filtração glomerular maior ou igual a 90 mL/min./1,73 m² associada a proteinúria ou hematuria glomerular ou alteração no exame de imagem), de um modo geral, deve reduzir a ingestão de sódio para, no máximo, 2 g/dia. Em relação à ingestão proteica, não é necessária qualquer restrição, de modo que esse paciente pode seguir as recomendações relativas à população geral.
- 65 Em relação ao tratamento farmacológico, é recomendável, em geral, que o paciente com DRC em estágio 1 utilize diuréticos tiazídicos, como a hidroclorotiazida ou a indapamida; aos pacientes com DRC nos estágios de 2 a 5, por sua vez, são recomendados diuréticos de alça, como a furosemida.
- 66 Presença de hipoalbuminemia secundária à proteinúria, hiperlipidemia e lipidúria são características obrigatórias para o diagnóstico de síndrome nefrótica.

A respeito de litíase renal, julgue o item seguinte.

- 67 São medidas gerais para tratamento da crise aguda hidratação, estímulo à prática de atividades físicas e restrição importante de cálcio, visto que existe uma relação expressiva entre a hipercalemiúria renal e absorção.

Com relação à artrite reumatoide, julgue os itens a seguir.

- 68 As principais manifestações clínicas dessa doença são a poliartrite aguda, com sinovite persistente nas mãos e rigidez matinal prolongada.
- 69 As principais manifestações extra-articulares dessa doença são derrame pleural, episclerite, escleromalacia perforante, nódulos reumatóides e vasculite. Em geral, a gravidade das manifestações extra-articulares está relacionada com um pior prognóstico da doença.
- 70 O uso de glicocorticoides compõe o tratamento medicamentoso de artrite reumatoide, sendo a prednisona e a prednisolona os corticoides mais indicados e eficientes para pacientes com essa doença, mesmo no caso de paciente portador de tuberculose.

Acerca da doença gota, julgue os itens a seguir.

- 71 As fases dessa doença incluem crises agudas, período intercrítico e fase de artropatia crônica, na qual ocorrem corriqueiras crises múltiplas.
- 72 O manejo da crise aguda de gota tem como objetivo reduzir a concentração de cristais de ácido úrico e prevenir novas crises, por isso devem ser utilizados como tratamento de base o alopurinol e o febuxostat, além de alguns agentes uricosúricos.
- 73 Os principais sinais e sintomas neurológicos do botulismo alimentar são boca seca, diplopia, disfagia, disartria, ptose palpebral e visão turva. O quadro neurológico tem como característica a paralisia flácida aguda motora descendente, o que diferencia o botulismo da síndrome de Guillain-Barré, na qual ocorre paralisia ascendente.

No que se refere ao abscesso pulmonar, julgue os itens subsequentes.

- 74 Neoplasia maligna de pulmão, imunossupressão, uso abusivo de álcool, crise convulsiva, doenças neurodegenerativas e alterações da motilidade esofágica são exemplos de fatores predisponentes ao abscesso pulmonar.
- 75 As bactérias aeróbicas, como por exemplo, o *Staphylococcus aureus*, presentes nas fendas gengivais associadas a doença periodontal e más condições de higiene oral são os principais patógenos responsáveis etiológicos pelo abscesso pulmonar.
- 76 Para o início do tratamento empírico, a terapêutica de primeira escolha é monoterápica, com metronidazol 500 mg por via oral três vezes ao dia.

No que se refere às doenças da tireoide, julgue os itens que se seguem.

- 77 Na encefalopatia de Hashimoto ou encefalopatia respondedora aos corticoides associada à tireoidite autoimune, ocorre confusão mental, alteração do nível de consciência e mioclonia em pacientes com níveis elevados de anticorpos antiperoxidase tireoidiana (TPO), mesmo quando se verifica normalidade dos hormônios tireoidianos circulantes (T3 e T4), isto é, mesmo na presença de eutireoidismo laboratorial.
- 78 A punção aspirativa por agulha fina (PAAF) é o exame mais preciso para excluir ou confirmar a doença maligna de tireoide, principalmente em pacientes com nódulo (com no máximo 1,0–1,5 cm de diâmetro) e com taxa sérica normal de hormônio tireoestimulante (TSH).
- 79 **Situação hipotética:** Um paciente de 54 anos de idade com diagnóstico de doença de Graves foi submetido a exame de urotomografia computadorizada (com contraste iodado) para avaliação de litíase renal de repetição. Após esse exame de imagem, o paciente evoluiu com náuseas, vômitos, dois episódios de convulsão generalizada tipo tônico-clônica, icterícia, taquidispneia, desconforto abdominal, febre alta (temperatura axilar de 40 °C), pressão arterial de 180 mmHg × 85 mmHg, presença de galope de terceira bulha, à ausculta cardíaca, e de estertores pulmonares em 2/3 inferiores de ambos os hemitórax, além de fibrilação atrial (com frequência ventricular média de 140 sístoles por minuto) ao eletrocardiograma realizado. **Assertiva:** Nessa situação clínica, o principal diagnóstico é de coma mixedematoso induzido por contraste iodado, segundo o escore de Burch e Wartofsky.

Acerca das parasitoses intestinais, julgue os itens a seguir.

- 80 A síndrome de Loeffler não faz parte das manifestações clínicas da infestação por *Ascaris lumbricoides*.
- 81 Para todos os casos de oclusão intestinal total decorrente da ascariíase recomenda-se a administração de pamoato de pirantel, pois esse medicamento tem relevante efeito de paralisar as formas adultas do *Ascaris lumbricoides*.
- 82 O uso intravenoso do tiabendazol veterinário tem sido recomendado como opção de primeira escolha em pacientes com hiperinfecção por *Strongiloides* que estão criticamente doentes, com risco de morte e que não são capazes de ingerir medicamentos pela via oral.

Considerando os exames complementares de uso rotineiro na prática clínica, julgue os itens subsequentes.

- 83 **Situação hipotética:** Em paciente de 48 anos de idade foi coletado sangue para gasometria arterial, cujos resultados foram: pH = 7,43 (valores de referência = 7,35 a 7,45); pCO_2 (pressão parcial de gás carbônico no sangue arterial) = 25 mmHg (valores de referência = 35 a 45 mmHg) e HCO_3^- (concentração de íons bicarbonato no sangue arterial) = 15 mEq/L (valores de referência = 21 a 27 mEq/L). **Assertiva:** Dados os resultados, o principal diagnóstico é alcalose respiratória (não compensada).
- 84 **Situação hipotética:** Durante uma avaliação clínico-laboratorial em paciente de 52 anos de idade foram observados os seguintes resultados: glicemia após jejum de 8 horas = 130 mg/dL, glicemia (coletada duas horas após sobrecarga com ingestão de 75 g de glicose anidra) = 220 mg/dL e dosagem de hemoglobina glicada (HbA1c) = 7,0%. **Assertiva:** Nesse caso, os resultados são compatíveis com o diagnóstico laboratorial de diabetes melito.

- 85 **Situação hipotética:** A uma paciente de 70 anos de idade com diagnóstico de diabetes melito tipo 2, nefropatia diabética, hipertensão arterial tratada com enalapril foi indicada a realização de tomografia computadorizada do abdome (com contraste iodado) para diagnóstico de dor abdominal aguda. **Assertiva:** Nesse caso, essa paciente tem alto risco de apresentar nefrotoxicidade por contraste iodado.
- 86 Em pacientes com probabilidade pré-teste elevada, um exame positivo de D-dímero — por ensaio de imunoadsorção enzimática (ELISA) — confirma o diagnóstico de tromboembolismo pulmonar (TEP) de forma cabal e torna desnecessária a realização de exames de imagem adicionais.

Em relação à pancreatite aguda, emergência cuja incidência vem aumentando, julgue os itens subsequentes.

- 87 Na grande maioria dos casos de pancreatite aguda, não é possível realizar a identificação de um fator etiológico, ou seja, a pancreatite é considerada idiopática.
- 88 A constatação de equimose periumbilical — denominado de sinal de Grey-Turner — é um achado frequente em pacientes com diagnóstico de pancreatite aguda, e sua presença correlaciona-se fortemente com a etiologia por cálculos biliares.
- 89 A constatação de equimose ao longo da região do ligamento inguinal é chamada de sinal de Fox, e sua presença indica a ocorrência de hemorragia retroperitoneal, uma complicação da pancreatite aguda.

Uma paciente de 24 anos de idade procurou atendimento médico com queixa de falta de ar ao subir escadas. Informou ter apresentado amigdalites de repetição na infância e ter tido “reumatismo”, porém não teve seguimento médico. Não faz uso de qualquer medicação. Ao exame físico, constatarem-se ritmo cardíaco regular duplo, impulso apical normoimpulsivo e localizado no 5.º espaço intercostal esquerdo, na linha hemiclavicular esquerda; no foco mitral, auscultaram-se hiperfonese da primeira bulha, estalido de abertura da mitral, sopro mesodiastólico e reforço pré-sistólico. Sem outras alterações. O eletrocardiograma (ECG) mostrou ritmo sinusal, frequência ventricular média de 97 sístoles por minuto, eixo elétrico do complexo QRS (SÂQRS) = +120° (valores de referência de -30° a +90°), presença de onda P com duração de 0,15 segundos e com entalhe, na derivação D2 (valor de referência = 0,08 segundo); na derivação VI, observou-se que o componente negativo da onda P tinha maior duração e amplitude (final lento e profundo) que o componente positivo, com a área da fase negativa com 0,06 mm/segundos de duração. A radiografia de tórax (com esôfago contrastado — chamada de RCVB) evidenciou, na projeção pósterio-anterior, deslocamento para cima do brônquio fonte esquerdo, sinal de duplo contorno e quarto arco na borda esquerda da silhueta cardíaca, presença de linhas B de Kerley, e, na projeção de perfil (laterolateral esquerda), terço superior e posterior da silhueta cardíaca rechaçando posteriormente o esôfago.

A respeito desse caso clínico, julgue os itens seguintes.

- 90 A principal hipótese diagnóstica é dupla lesão mitral, com predomínio de insuficiência mitral.
- 91 Nessa paciente, a localização do impulso apical tem forte correlação positiva indicativa de aumento significativo (> 0,50) do índice cardiorácico na radiografia de tórax.
- 92 No ECG descrito, a localização do eixo elétrico médio do complexo QRS (SÂQRS) é sugestiva de dilatação do ventrículo direito.
- 93 Entre os diversos achados radiográficos descritos na radiografia de tórax (RCVB), há evidentes sinais de dilatação atrial esquerda.

Considerando os critérios diagnósticos propostos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para as infecções primárias de corrente sanguínea (IPCS), julgue os itens subsequentes.

- 94 Considera-se data da infecção a data do primeiro elemento (hemocultura positiva ou sinal/sintoma clínico) usado para a definição da IPCS dentro de uma janela de 7 dias.
- 95 **Situação hipotética:** Paciente com cateter central foi transferido de um centro de pronto atendimento (CPA) para uma unidade de tratamento intensivo cardiológica, tendo apresentado IPCS no 4.º dia subsequente à data da transferência. O cateter foi mantido. **Assertiva:** Nesse caso, considera-se o local de atribuição da IPCS o CPA, onde o paciente estava originariamente internado.

Um jovem de 25 anos de idade procurou assistência médica em pronto-socorro com queixa de que no dia anterior havia passado a apresentar febre alta (de 39 °C), dores pelo corpo e cefaleia holocraniana de intensidade progressiva, associada a fotofobia e náuseas (sem vômitos). Relatou ainda, resfriado nos últimos 4 dias, com rinorreia, mas negou diarreia e tosse. Negou contato com pessoas sabidamente doentes. Ao exame físico apresentava-se consciente, orientado, febril (temperatura axilar = 39,8 °C), taquicárdico (frequência cardíaca = 110 bpm), com frequência respiratória normal e pressão arterial = 120 mmHg × 80 mmHg. Exames cardiovascular, respiratório e abdominal sem alterações. Exame neurológico mostrou a presença de rigidez e dos sinais de Kernig e Brudzinski, sem sinais de localização. Glicemia = 100 mg/dL. Exame de líquor realizado após punção lombar mostrou os seguintes achados: pressão normal, presença de número de leucócitos igual a 2.000 células/mm³ — valor de referência até 4 células/mm³ (sendo 92% neutrófilos e raros linfócitos); proteínas totais = 1.000 mg/dL (valor de referência até 120 mg/dL); glicose = 25 mg/dL (valor de referência até 2/3 da glicemia); nível de lactato = 40 mg/dL (valor de referência 9 – 19 mg/dL).

Considerando essas informações clínico-laboratoriais, julgue os itens a seguir.

- 96 A principal hipótese diagnóstica é meningite viral.
- 97 Descreve-se o sinal de Kernig como flexão ligeira de ambos os joelhos quando o paciente, em decúbito dorsal horizontal (com os joelhos descobertos), realiza a flexão anterior da cabeça.
- 98 Nessa situação, recomenda-se como tratamento de primeira linha o uso de aciclovir por via intravenosa.

Acerca do tratamento na fase aguda do acidente vascular encefálico (AVE) isquêmico, julgue os itens subsecutivos.

- 99 A terapia com ativador do plasminogênio tecidual recombinante (rt-PA) é considerada o único procedimento específico comprovadamente eficiente para o tratamento da fase aguda do AVE isquêmico.
- 100 Na fase aguda do AVE isquêmico, somente deve ser prescrito o tratamento por meio de trombólise dentro de uma janela terapêutica de até 4 horas e 30 minutos, contada do início das manifestações clínicas do ictô até o começo efetivo da administração do medicamento trombolítico por via intravenosa.

Espaço livre