



CEREMBÁHIA
COMISSÃO ESTADUAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Processo Seletivo Unificado de Residência Médica 2015

► **PROVA PARA O PROGRAMA DE ENDOSCOPIA**

DADOS DO CANDIDATO

NOME:

INSCRIÇÃO:

CADEIRA:

COMISSÃO ESTADUAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA – CEREM BAHIA

Processo Seletivo Unificado de Residência Médica 2015

→ Este Caderno de Prova contém 15 Situações-Problema contemplando a avaliação de competências pertinentes aos pré-requisitos. Cada Situação-Problema apresenta três questões objetivas de respostas curtas, que totalizarão um ponto.

→ Responda às questões de forma objetiva, com letra legível, restringindo-se ao que foi solicitado, na folha de respostas própria. Utilize caneta de tinta azul ou preta. Respostas a lápis não serão consideradas.

→ Cada questão deve ser respondida exclusivamente na Folha de Respostas, respeitando o espaço reservado para cada uma.

→ Ao citar fármacos, utilize exclusivamente os nomes genéricos.

→ Não será corrigida a questão respondida fora da sequência apresentada na Folha de Respostas.

→ Resposta rasurada, escrita de forma ilegível, em forma de esquema, diagrama ou desenho será invalidada.

→ Folha de Respostas assinada fora do local indicado ou identificada de qualquer forma implicará na anulação da Prova.

→ Não amasse, não dobre, não manche nem rasure a Folha de Respostas.

→ Antes de iniciar a Prova confira a sequência das páginas e da numeração das Situações-Problema do seu Caderno de Prova. Se identificar qualquer equívoco, informe-o imediatamente ao aplicador de provas.

→ O tempo total para a realização desta Prova é de quatro horas, sendo o tempo mínimo de permanência do candidato em sala de duas horas. A saída da sala com o Caderno de Prova só será permitida ao final do horário estabelecido para a realização da prova, ou seja, depois de decorridas as quatro horas do início efetivo da prova.

→ Ao concluir sua Prova, sinalize para o aplicador de provas, aguarde para entregar a Folha de Respostas, e cumprir os procedimentos por ele recomendados.

QUESTÕES OBJETIVAS DE RESPOSTAS CURTAS

Situações-Problema de 1 a 15

Situação-Problema 1

Paciente, sexo masculino, 60 anos de idade, comparece pela primeira vez ao Ambulatório referindo pirose há mais de 10 anos, que ocorre na maior parte do dia. Refere fazer uso de leite e antiácidos para combater os sintomas, que aliviam com o uso de tais substâncias, porém cursa com recorrência desses sintomas em seguida. Refere ainda que vem apresentando disfagia para sólidos, há cerca de um ano, não progressiva, sem perda ponderal significativa associada. O exame físico revela paciente em bom estado geral, eutrófico e com exame segmentar inalterado.

Diante desse quadro, indique

A) a principal hipótese diagnóstica para a disfagia desse paciente.

RESPOSTA: Estenose péptica do esôfago.

B) a primeira linha de tratamento não farmacológico para essa complicação.

RESPOSTA: Dilatação endoscópica da estenose, por balão.

C) a medicação, disponível gratuitamente no SUS, para controle de sintomas desse paciente, especificando tempo de duração e dose inicial.

RESPOSTA: Omeprazol, por tempo indeterminado, na dose de 20 a 40mg/dia.

Situação-Problema 2

Paciente, sexo feminino, 28 anos de idade, é submetida a endoscopia digestiva alta para avaliação de sintomas dispépticos de dor epigástrica e plenitude pós-prandial frequentes, iniciados há cerca de um ano, sem sintomas de alarme associados. Exame físico normal. O exame endoscópico revelou, como única alteração, um relevo mucoso uniformemente nodular em antrogastrico, que foi biopsiado, tendo como laudo gastrite antral com nodularidades.

Diante do quadro apresentado, indique

A) o fator etiológico mais comumente implicado na alteração endoscópica descrita.

RESPOSTA: Helicobacter pylori (H. pylori).

B) o tratamento de escolha, no Brasil, para a condição, especificando as drogas e duração do tratamento.

RESPOSTA: Inibidor de bomba de prótons (Omeprazol, Lansoprazol, Pantoprazol, Esomeprazol ou Rabeprazol), Amoxicilina e Claritromicina, por 7 dias.

C) o padrão-ouro para o diagnóstico etiológico e em que se baseia.

RESPOSTA: Teste respiratório de excreção de amônia marcada (teste respiratório ou teste respiratório de urease); se baseia na produção de urease pela bactéria

Situação-Problema 3

Mulher, 35 anos de idade, previamente hígida vem, há cinco meses, com história de aumento do volume abdominal, dor abdominal difusa, perda ponderal de 9kg no período, hiporexia. Tem apresentado febre vespertina, diariamente, nas últimas semanas. Ao exame físico, apresenta-se com estado geral precário, emagrecida, subfebril e com ascite de moderado volume, sem circulação colateral. Ausência de estigmas de hepatopatia crônica. A TC de abdome revelou ascite de grande volume, loculada. Realizou paracentese diagnóstica que evidenciou, no líquido ascítico, proteínas totais 3,6g/dℓ, albumina 2,2g/dℓ, citologia de 300cel/dℓ, com 75% de linfócitos e pesquisa de células oncológicas negativa. A albumina sérica colhida no mesmo dia da paracentese era de 2,8g/dℓ.

Diante dos dados apresentados, indique

Diante dos dados apresentados, indique

A) a hipótese diagnóstica mais provável. **RESPOSTA: Tuberculose peritoneal (peritonite tuberculosa ou por BK).**

B) o método diagnóstico de escolha para essa condição.

RESPOSTA: Laparoscopia com biópsias de peritônio (estudo histopatológico de biópsias de peritônio).

C) o tratamento medicamentoso inicial para essa paciente, especificando as drogas.

RESPOSTA: Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol.

Situação-Problema 4

Paciente, sexo feminino, 30 anos de idade, é atendida no Ambulatório de Gastroenterologia com queixa de fadiga e artralgias há 6 meses. Portadora de tireoidite de Hashimoto, compensada em uso de levotiroxina. Nega uso de outras medicações, álcool ou outras drogas. Em investigação do quadro clínico, foram evidenciados AST: 205U/dℓ (VN até 37U/dℓ), ALT: 270U/dℓ (VN até 37U/dℓ), gama GT: 84U/dℓ (VN até 45U/dℓ), fosfatase alcalina: 126U/dℓ (VN até 120U/dℓ), albumina: 3,6g/dℓ (VN 3,5 a 5,5g/dℓ). Sorologias para hepatites virais negativas. Anticorpo antimitocôndria negativo. A eletroforese de proteínas séricas mostrou um pico monoclonal de gamaglobulina.

Diante dos quadros clínico e laboratorial, indique

- A) a hipótese diagnóstica mais provável. **RESPOSTA: Hepatite auto-imune**
- B) o exame mais importante para o estadiamento da doença. **RESPOSTA: Biópsia hepática.**
- C) duas medicações utilizadas no regime de tratamento preferencial para essa condição.

RESPOSTA: Azatioprina e Prednisona (ou Prednisolona).

Situação-Problema 5

Familiares de um homem de 76 anos de idade acionam o SAMU após o paciente ter apresentado três episódios de enterorragia de moderado volume ao longo de duas horas, com eliminação de sangue vermelho vivo. O paciente apresentou turvação visual e lipotímia e cursa com sensação importante de fraqueza; não tem comorbidades, não usa medicações e nega uso de anti-inflamatórios. À chegada da equipe médica, o paciente apresenta-se descorado +/IV, eupneico e lúcido. Em decúbito dorsal PA: 120/80mmHg e FC: 86bpm. Ao sentar-se a PA passa a 104/66mmHg e a FC: 102bpm.

Diante dos dados disponíveis, topograficamente, indique

- A) a mais provável origem do sangramento.
RESPOSTA: Cólon (intestino grosso).
- B) a etiologia mais frequente desse tipo de sangramento.
RESPOSTA: Doença Diverticular dos cólons (Diverticulose)
- C) a mais importante medida terapêutica inicial para esse paciente.

RESPOSTA: Ressuscitação volêmica (expansão volêmica, hidratação parenteral, infusão de cristalóides, Soro Fisiológico ou Ringer Lactato).

Situação-Problema 6

Paciente, sexo masculino, 50 anos de idade, comparece ao Pronto Atendimento referindo edema de membros inferiores e aumento do volume abdominal de início há 3 semanas. Nega febre, sangramento digestivo aparente, alteração do nível de consciência. Nega hepatites virais ou outros antecedentes morbidos relevantes. É tabagista e etilista de bebidas destiladas em dose aproximada de 100g de álcool/dia, em média, há cerca de 15 anos. Ao exame físico, estado geral regular, corado, eupneico, anictérico e afebril. O abdome mostra ascite volumosa, com circulação colateral, e vísceras não palpáveis. O exame das extremidades revela edema de membros inferiores ++/IV, *spiders* em tronco e eritema palmar bilateral. O paciente foi submetido a paracentese, com propósito diagnóstico e terapêutico.

Diante do quadro exposto, indique

- A) o exame capaz de definir o mecanismo fisiopatológico da ascite e o resultado esperado para esse paciente.
RESPOSTA: A mensuração do gradiente albumina soro-ascite (GASA), que deve ser maior que 1,1g/dl neste paciente.
 - B) a medida associada à paracentese para impedir o desencadeamento de síndrome hepatorenal.
RESPOSTA: Infusão de albumina endovenosa, se a retirada for maior que 5ℓ de líquido ascítico.
 - C) as duas medidas não farmacológicas mais importantes para o controle da ascite, nesse caso.
RESPOSTA: Abstinência alcoólica e dieta hipossódica.
-
-

Situação-Problema 7

Paciente, sexo masculino, 50 anos de idade, é atendido em unidade de Pronto Atendimento com história de dor em abdome superior, há 3 anos, com irradiação para dorso, que piora 15 a 30 minutos após as refeições, intensificada nos últimos dias. Refere perda ponderal de 8kg no período. Nega febre ou aumento do volume abdominal. É tabagista e etilista de bebidas destiladas há 14 anos, bebendo cerca de 150g de álcool/dia. O exame físico revela paciente emagrecido, com IMC: 19,5 e abdome doloroso à palpação profunda em quadrantes superiores, sem massas palpáveis ou sinais de irritação peritoneal.

Diante do quadro exposto, indique

- A) o que se espera dos resultados dos níveis de amilase sérica e de elastase fecal para esse paciente.
RESPOSTA: Amilase sérica: normal ou baixa Elastase fecal: baixa.
 - B) o exame de imagem, de menor custo, alta especificidade porém baixa sensibilidade, que pode ser inicialmente feito e o achado que permite o diagnóstico.
RESPOSTA: Radiografia simples de abdome. Calcificações em loja (topografia) pancreática.
 - C) a medida farmacológica mais efetiva para a perda ponderal.
RESPOSTA: Reposição de enzimas pancreáticas (lipase/ pancreolipase) às refeições.
-
-

Situação-Problema 8

Homem, 55 anos de idade, portador de cirrose hepática Child C/MELD 18, internado com história de queda do estado geral, alteração do ritmo sono-vigília, inadequação comportamental – urinou na lixeira da cozinha de sua casa – e desorientação de início há 48 horas. Faz uso de furosemida, espironolactona e propranolol para controle da ascite e redução de hipertensão portal. Ao exame físico, apresenta-se icterício +/IV, desidratado +/IV, pouco sonolento, com bradipsiquismo, bradilália e *flapping*. O abdome é globoso por ascite tensa, indolor à palpação profunda. A massa muscular é depletada, há discreto edema de membros inferiores e *spiders* em tronco. Ao ser submetido a paracentese, evidenciou proteína total de 1g/dℓ e 450 polimorfonucleares/dℓ no líquido ascítico.

Diante do quadro exposto, indique

A) as duas principais medidas não farmacológicas que podem impactar positivamente na alteração neuropsiquiátrica encontrada.

RESPOSTA: Suspensão dos diuréticos (Furosemida e Espironolactona) e hidratação.

B) as duas medidas terapêuticas específicas e de maior impacto para o paciente na paracentese.

RESPOSTA: Antibioticoterapia com Ceftriaxona ou Cefotaxime e infusão de albumina endovenosa, no primeiro e terceiro dias de tratamento.

C) as medidas de profilaxia, após a alta hospitalar, para reduzir as chances de complicações evidenciadas.

RESPOSTA: Prescrição de Norfloxacin 400mg/dia ou Ciprofloxacina 500mg/dia para o resto da vida, ou até realizar transplante hepático.

Situação-Problema 9

Mulher, 52 anos de idade, procura o Ambulatório de Gastroenterologia para ser esclarecida a respeito do resultado da ultrassonografia de abdome que realizou e que evidenciou esteatose hepática grau I. Não apresenta sintomas. Nega uso de quaisquer medicações, drogas ou álcool. É sedentária, tem o exame físico normal, exceto por IMC: 28,4.

Diante do quadro exposto, indique

A) o exame considerado padrão-ouro para diferenciar a esteatose hepática da esteato-hepatite não alcoólica.

RESPOSTA: Biópsia hepática.

B) as duas medidas não farmacológicas que podem ter o maior impacto no manejo desse caso.

RESPOSTA: Atividade física regular e perda ponderal.

C) o nutriente, a ser suplementado, associado à melhora histológica, na presença de esteato-hepatite.

RESPOSTA: Vitamina E.

Situação-Problema 10

Paciente, sexo feminino, 20 anos de idade, com história de artralguas, dor abdominal em quadrante inferior direito tipo cólica e diarreia, há 5 meses, com fezes líquidas que, ocasionalmente, apresentam sangue. Ao exame físico a paciente apresenta fístulas perianais. Perda ponderal de 8kg no período. A colonoscopia revelou ulcerações em íleo terminal e colite moderada.

Diante do quadro exposto, indique

A) o anticorpo mais específico para o diagnóstico no caso.

RESPOSTA: ASCA (Anti-Saccharomyces cerevisiae).

B) o melhor exame de imagem para avaliação das fístulas.

RESPOSTA: Ressonância Nuclear Magnética da pelve ou Ultrassonografia anorretal.

C) os dois antibióticos mais utilizados no tratamento do quadro.

RESPOSTA: Ciprofloxacina e Metronidazol.

Situação-Problema 11

Paciente, sexo feminino, 32 anos de idade, procura médico com relato de diarreia, há 2 meses, que piorou há 3 semanas, com surgimento de muco e rajas de sangue misturadas às fezes, que são pastosas – raramente liquefeitas –, cerca de 12 dejeções ao dia. Refere que vem apresentando esses sintomas nos últimos 3 anos, com intervalos de normalidade de 8 meses. Refere febre e cólicas intestinais difusas. Emagrecida. Traz exames que mostram Hb: 11g/dℓ, Ht: 28%, leucograma: 11,2 mil/mm³ com 2% de bastões e 4% de eosinófilos. P. de fezes: negativo.

Diante do quadro apresentado,

A) identifique a suspeita diagnóstica principal.

RESPOSTA: Doença inflamatória intestinal: Retocolite ulcerativa.

B) indique três exames laboratoriais adicionais para a avaliação diagnóstica e de atividade da doença de base.

RESPOSTA: Velocidade de Hemossedimentação (VHS); Calprotectina fecal; Proteína C reativa; pesquisa de leucócitos fecais.

C) cite uma indicação cirúrgica na vigência da principal suspeita diagnóstica.

RESPOSTA: Megacólon tóxico; Neoplasia; Displasia Grave Multifocal; estenose.

Situação-Problema 12

Paciente, sexo feminino, 34 anos de idade, vem ao ambulatório queixando-se de dor epigástrica há 2 meses. Refere que já apresentou episódios anteriores que cederam com omeprazol e fez EDA que mostrou *H. Pylori* anteriormente. Há casos semelhantes na família. Há 2 semanas acorda por volta de 2 horas da madrugada com dor epigástrica moderada.

Considerando o caso,

A) indique o padrão-ouro para o diagnóstico da infecção pelo *H. Pylori*.

RESPOSTA: Endoscopia digestiva alta com pesquisa do *H. Pylori* (ou teste de uréase), além do histopatológico visando identificar metaplasias.

B) explique o mecanismo da dor noturna e o significado clínico.

RESPOSTA: A dor noturna ocorre pela queda do pH no jejum noturno e é sugestiva de úlcera péptica.

C) indique a conduta terapêutica de primeira linha, adotada no Brasil, em se confirmando a presença do *H. Pylori*.

RESPOSTA: Inibidor de bomba protônica (omeprazol 20 mg ou lansoprazol 30 mg ou pantoprazol 40 mg ou rabeprazol 20 mg ou esomeprazol 20 mg) ou citrato de ranitidina bismuto + Claritromicina 500 mg + Amoxicilina 1.000mg, duas vezes por dia por sete dias.

Situação-Problema 13

Mulher, 47 anos de idade, é atendida na UPA com queixa de dor abdominal intensa, há cerca de 4 horas – 10 em escala de 0 a 10 –, contínua, em aperto, localizada em todo o abdome superior, do hipocôndrio direito ao hipocôndrio esquerdo, com irradiação para o dorso, associada a náuseas, chegando a apresentar 3 episódios de vômitos com pouco conteúdo alimentar e bile. Refere que há 6 meses vem com dor associada à ingestão de alimentos gordurosos. Nega comorbidades ou tabagismo. Refere consumo de cerveja nos fins de semana. Ao exame físico afebril, sobrepeso; abdome semigloboso à custa de pâncreo adiposo e distensão gasosa, com ruídos hidroaéreos ausentes, dor difusa à palpação superficial, mais intensa em hipocôndrio esquerdo, sem sinais de rigidez abdominal ou dor à descompressão brusca.

Diante desse caso,

A) identifique o diagnóstico mais provável.

RESPOSTA: Pancreatite aguda

B) indique a causa mais provável para a paciente ter desenvolvido esse quadro.

RESPOSTA: Litíase biliar/colelitíase.

C) indique três complicações extraabdominais possíveis na evolução do quadro.

RESPOSTA: Derrame pleural, retinopatia, encefalopatia, Síndrome da Angústia Respiratória do Adulto (SARA); sepse; pseudo cistos extraabdominais

Situação-Problema 14

Paciente, 65 anos de idade, desenvolve quadro de dor abdominal e febre. Ao exame físico está lúcido, TA: 140/80mmHg, eupneico e com frequência cardíaca de 100bpm, o abdome apresenta tensão e dor à palpação de flanco esquerdo. O leucograma inicial é de $18000/\text{mm}^3$ leucócitos com 3% de bastões e 90% de segmentados.

Diante desse quadro, indique

A) a suspeita diagnóstica.

RESPOSTA: Diverticulite.

B) o melhor exame para confirmação diagnóstica.

RESPOSTA: Tomografia computadorizada de abdome.

C) o tratamento preconizado para o caso.

RESPOSTA: Tratamento clínico com antibioticoterapia (ciprofloxacina e metronidazol). O tratamento cirúrgico somente é indicado caso o paciente não melhore com as medidas clínicas.

Situação-Problema 15

Paciente no quarto dia pós-operatório de gastroduodenopancreatectomia para tratamento de adenocarcinoma de cabeça de pâncreas apresenta aumento do débito do dreno abdominal de 200mℓ/dia para 900 mℓ/dia, líquido de coloração amarelo clara. Também apresenta aumento da frequência cardíaca para 110bpm e desvio para esquerda no leucograma.

Diante do quadro, indique

A) a suspeita diagnóstica.

RESPOSTA: Fistula pancreática, ou (como sinônimo) da anastomose pancreato-jejunal.

B) o exame laboratorial que pode elucidar a suspeita diagnóstica.

RESPOSTA: Dosagem de amilase sérica e do líquido do débito do dreno.

C) a conduta inicial, caso a suspeita se confirme.

RESPOSTA: Tratamento clínico. Uso de octreotida (análogo da somatostatina), com interrupção da dieta oral e nutrição parenteral.



www.strixeducacao.com.br

Todos os direitos reservados. Proibida a publicação ou reprodução, ainda que parcial, sem a permissão expressa da Strix Educação.



Este Caderno de Provas foi impresso em papel de florestas plantadas e 100% renováveis

