



SURCE

SELEÇÃO UNIFICADA PARA RESIDÊNCIA
MÉDICA DO ESTADO DO CEARÁ

Edital Nº 03/2015

RESIDÊNCIA MÉDICA 2016

CADERNO DE QUESTÕES

DATA: 1º DE NOVEMBRO DE 2015.

PROGRAMAS COM ANOS ADICIONAIS: PNEUMOLOGIA

ESPECIALIDADE: Pneumologia (R3) Endoscopia Respiratória

INSTRUÇÕES

Prezado(a) Participante,

Para assegurar a tranquilidade no ambiente de prova, bem como a eficiência da fiscalização e a segurança no processo de avaliação, lembramos a indispensável obediência aos itens do Edital e aos que seguem:

01. Deixe sobre a carteira **APENAS caneta transparente e documento de identidade**. Os demais pertences devem ser colocados embaixo da carteira em saco entregue para tal fim. Os **celulares devem ser desligados** antes de guardados. O candidato que for apanhado portando celular será automaticamente eliminado do certame.
02. Anote o seu número de inscrição e o número da sala, na capa deste Caderno de Questões.
03. Antes de iniciar a resolução das 20 (vinte) questões, verifique se o Caderno está completo. Qualquer reclamação de defeito no Caderno deverá ser feita nos primeiros 30 (trinta) minutos após o início da prova.
04. Ao receber o Cartão-Resposta, confira os dados do cabeçalho. Havendo necessidade de correção de algum dado, chame o fiscal. Não use corretivo nem rasure o Cartão-Resposta.
05. A prova tem duração de **2 (duas) horas** e o tempo mínimo de permanência em sala de prova é de **1 (uma) hora**.
06. É terminantemente proibida a cópia do gabarito.
07. O gabarito individual do participante será disponibilizado em sua área privativa na data prevista no Anexo III, conforme no subitem 8.3.18 do Edital.
08. Ao terminar a prova, não esqueça de assinar a Ata de Aplicação e o Cartão-Resposta no campo destinado à assinatura e de entregar o Caderno de Questões e o Cartão-Resposta ao fiscal de sala.

Atenção! Os três últimos participantes só poderão deixar a sala simultaneamente e após a assinatura da Ata de Aplicação.

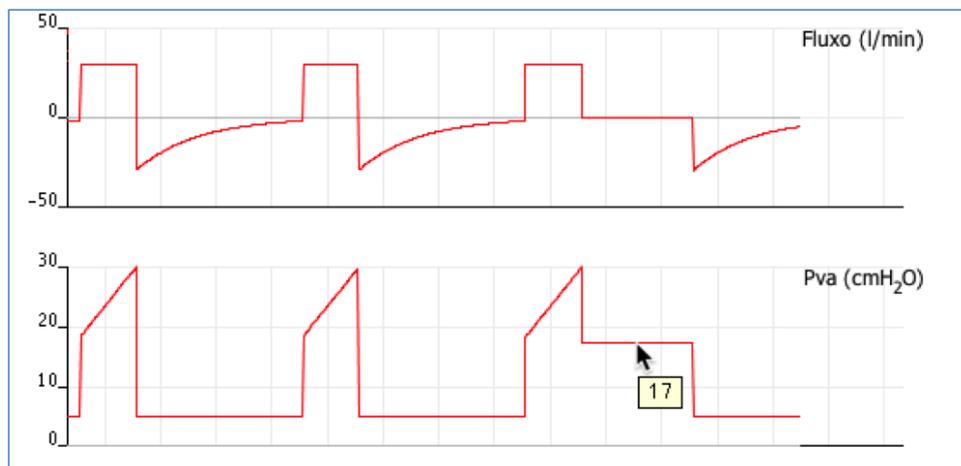
Boa prova!

Inscrição

Sala

Seleção Residência Médica 2016

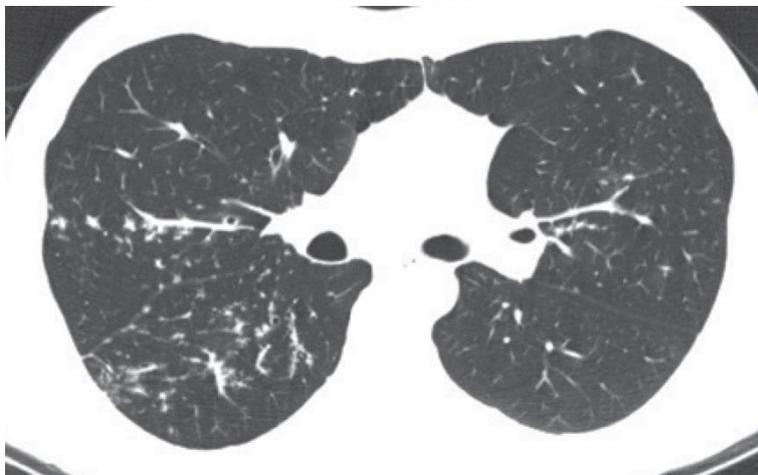
01. Paciente feminina, 55 anos, portadora de DPOC (VEF1 61% do previsto), procura atendimento por apresentar febre, piora da dispneia e aumento da expectoração, com escarro tornando-se amarelado nos últimos 3 dias. Refere quadro semelhante há seis meses e não fez uso recente de antibiótico. Ao exame, encontra-se com FR 24 irpm, saturação de oxigênio 93% em ar ambiente, roncosparsos à ausculta pulmonar. Radiografia de tórax sem evidência de pneumonia ou derrame pleural, com áreas bolhosas bilaterais. Além de otimização da broncodilatação, qual terapia antimicrobiana (fármaco e tempo) é melhor recomendado nesse contexto?
- A) Amoxicilina por 7 dias.
B) Ciprofloxacino por 5 dias.
C) Doxiciclina por 5 dias.
D) Moxifloxacino por 10 dias.
02. Paciente, 61 anos, grande fumante, foi intubado em emergência e transferido para uma UTI. Ao exame, encontrava-se sedado (score de RASS:-4) sem esforço muscular respiratório. Na ausculta pulmonar havia roncosp e sibilos expiratórios. As curvas de ventilação mecânica são apresentadas na figura abaixo. O volume corrente era de 500ml com uma frequência de 15 irpm e um tempo inspiratório de 1s. Qual a resistência de vias aéreas, aproximadamente?



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 1)

- A) 30cmH₂O.l/s
B) 26cmH₂O.l/s
C) 17cmH₂O.l/s
D) 13cmH₂O.l/s
03. Paciente masculino, 35 anos, sem comorbidades, apresenta tosse produtiva, febre, mialgia e dor torácica à direita com evolução de 10 dias. Ao exame, encontra-se lúcido, febril, com FC de 130 bpm, FR de 35 ipm, normotenso, SpO₂ 96% em ar ambiente, com crepitações em base pulmonar direita. Considerando o diagnóstico mais provável, a coleta de hemoculturas estaria recomendada na seguinte condição:
- A) na rotina, antes do início da terapia empírica.
B) na opção por internação hospitalar em enfermaria.
C) na presença de leucocitose com desvio à esquerda.
D) na detecção de infiltrados cavitários na radiografia de tórax.

04. Homem de 42 anos, não fumante, queixa-se de tosse seca e dispneia há cerca de 3 meses, com piora progressiva. Negava exposição ambiental ou ocupacional relevantes para doenças pulmonares. Ao exame, tem bom estado geral, sem ruídos adventícios na ausculta pulmonar. Trazia radiografia de tórax com opacidades intersticiais difusas predominando em lobos superiores e retornava para a consulta com uma tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) dos pulmões mostrada abaixo. A espirometria revelava uma redução da capacidade vital forçada (65% do previsto). A pesquisa de BAAR em 3 amostras de escarro foi negativa e um exame de PPD foi não reator. Pesquisa para anti-HIV não reagente.

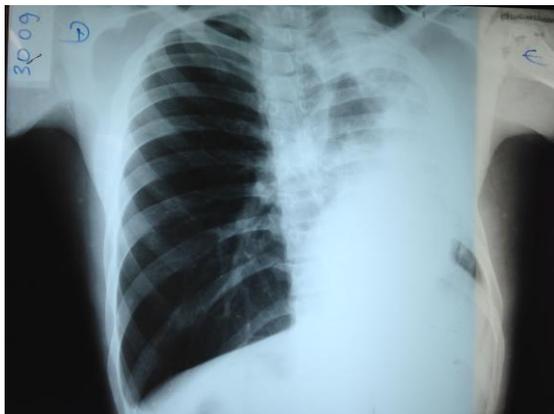


Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 2)

- Diante do quadro, que exame deve ser indicado para elucidação diagnóstica, nesse momento?
- A) Biópsia endobrônquica e transbrônquica.
 - B) Dosagem de enzima conversora de angiotensina.
 - C) Lavado bronco-alveolar com pesquisa de BAAR.
 - D) Biópsia pulmonar por vídeo-toracoscopia em mais de um lobo.
05. Paciente feminina, 42 anos, diabética, com história de tosse mucoide e dispneia aos esforços há cerca de 6 meses, além de fadiga progressiva. Relata que desde o início do quadro apresenta episódios de febre baixa e que ultimamente também notou perda de peso. Não há história pessoal ou familiar de pneumopatias nem de tabagismo. Mora em casa com pouca ventilação e muita umidade nas paredes. A radiografia de tórax evidencia infiltrado reticulonodular difuso mais proeminente em lobos superiores, cuja TC de alta resolução demonstrou ser nódulos centrilobulares maldefinidos difusamente e opacidades em vidro fosco. Realizou broncoscopia com lavado broncoalveolar com 50% de linfócitos e culturas em andamento. Caso a biópsia transbrônquica demonstre granulomas não necrosados malformados, com focos de bronquiolite obliterante em permeio a uma pneumonite intersticial crônica com predomínio peribronquiolar, o diagnóstico mais provável seria:
- A) aspergilose invasiva.
 - B) tuberculose pulmonar.
 - C) pneumonite linfocítica.
 - D) pneumonite de hipersensibilidade.
06. Um homem de 53 anos foi admitido na UTI com dispneia, coriza, dor de garganta e febre há 4 dias. Evoluiu com insuficiência respiratória aguda sendo intubado há um dia. A radiografia de tórax mostrava opacidades bilaterais de padrão intersticial e alveolar. A gasometria arterial mostrava pH: 7,35, PaO₂: 75mmHg, PaCO₂: 50mmHg, SaO₂: 92% com FiO₂ de 80%, PEEP:14cmH₂O, Pressão de pausa insp: 34cmH₂O, f:28 rpm, VC:420ml (6ml/kg d peso ideal). Um ecocardiograma mostrava hipertensão arterial pulmonar moderada com leve disfunção de ventrículo direito. Que conduta é a mais adequada no momento visando aumentar as chances de sobrevivência desse paciente?
- A) Realizar insuflação de gás traqueal.
 - B) Adotar ventilação em posição prona.
 - C) Manter *driving pressure* entre 16 a 20cmH₂O.
 - D) Realizar manobras de recrutamento alveolar máximo.

07. Paciente dá entrada na emergência com quadro clínico suspeito de tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo: dispneia e dor torácica, após cirurgia para correção de fratura de quadril. Os critérios de Wells modificados foram utilizados como avaliação pré teste e o paciente foi estratificado como tendo alta probabilidade para TEP agudo (Wells= 7). Encontra-se estável hemodinamicamente. Angiotomografia de tórax com multidetectores não identificou êmbolos ou sinais indiretos de TEP. Qual das opções abaixo seria a estratégia mais indicada a seguir nesse contexto?
- A) Solicitar ultrassonografia venosa de membros inferiores que, se positiva para trombos agudos, indicará tratamento específico para TEP.
 - B) Investigar outros diagnósticos, tendo em vista que angiotomografia com multidetectores normal exclui o diagnóstico de TEP nesta situação clínica.
 - C) Solicitar dosagem sérica de D-dímeros e, se esta dosagem estiver dentro dos limites da normalidade, o diagnóstico de TEP estará excluído.
 - D) Indicar ecocardiograma como o próximo exame a ser realizado e, não havendo sinais diretos ou indiretos de hipertensão pulmonar, TEP estará excluído.
08. Paciente feminina, 75 anos, coronariopata, internada pós-infarto agudo do miocárdio com ICC e pneumonia grave. Evoluiu com derrame pleural homolateral ocupando metade do hemitórax. Toracocentese diagnóstica inicial com exsudato, sendo repetida após 72 horas por ausência de melhora clínica, evidenciando derrame complicado (pH 7,18, gram com ausência de germes). Submetida a drenagem pleural fechada, em selo d'água, no mesmo dia. No quarto dia pós-drenagem, apresenta retorno de febre e diminuição da saída de líquido pelo dreno. US de tórax revelou derrame septado, com líquido espesso, debris e várias loculações. O hospital não dispõe de pleuroscópio. Nesse contexto, qual a conduta mais recomendada para abordagem do derrame pleural da paciente?
- A) Realização de toracotomia com decorticação.
 - B) Instilação de estreptoquinase intrapleural (através do dreno).
 - C) Aspiração contínua do dreno pleural em sistema de vácuo.
 - D) Confecção de pleurostomia com colocação de dreno tubular.
09. Paciente feminina, 20 anos, com quadro inicial de asma parcialmente controlada, sendo iniciado budesonida 400mg 2x/dia associado a formoterol 12mcg 2x/dia. Seis meses após, na consulta de revisão, refere estar há 3 meses sem sintomas noturnos ou limitação das atividades e tem feito uso de salbutamol spray no máximo 1x/semana. Na finalização da consulta, orientado controle ambiental. Além do uso de medicação de resgate sintomático, a conduta mais recomendada em relação ao tratamento farmacológico dessa paciente, considerando-se o custo-benefício, é
- A) manter as doses atualmente utilizadas de budesonida e de formoterol.
 - B) reduzir o formoterol para 12mcg/dia, mantendo a dose da budesonida.
 - C) reduzir a budesonida para 400mcg/dia, mantendo a dose de formoterol.
 - D) suspender o formoterol, mantendo a dose atualmente utilizada da budesonida.
10. Paciente, na 20ª semana de gestação, encaminhada pelo obstetra, com história de asma desde a infância, apresentando piora das crises desde o início da gravidez, com idas semanais à emergência e sintomas noturnos diários. No momento, em uso de Salbutamol inalatório nas crises. Nesse contexto, a opção terapêutica adicional mais adequada e segura para controle do quadro seria:
- A) Ipratrópio.
 - B) Formoterol.
 - C) Budesonida.
 - D) Montelukaste.
11. Um médico pneumologista de um grande hospital universitário orientou a equipe de fisioterapeutas da UTI a monitorarem a pressão do balonete do tubo endotraqueal visando uma pressão a ser mantida, sempre que possível, entre 25 a 30cmH₂O. Qual seria o objetivo fundamental desta recomendação?
- A) Reduzir o risco de laringoespasma pós-extubação.
 - B) Evitar deslocamento do tubo e extubações acidentais.
 - C) Prevenir intubação seletiva para o brônquio fonte direito.
 - D) Atenuar a aspiração traqueal de secreções supra-balonete.

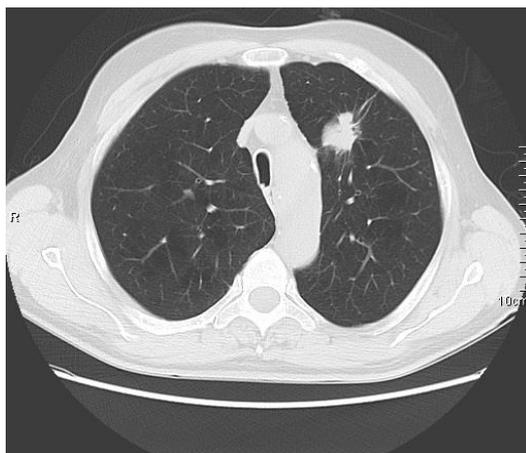
12. Paciente masculino, 17 anos, recolhido em instituição para menores, trazido para atendimento na UPA por apresentar febre vespertina não aferida, sudorese noturna e tosse seca há 20 dias. Emagrecimento de 3 kg em 2 meses. Iniciou tratamento para tuberculose há um ano, abandonando no quarto mês. A radiografia de tórax está abaixo. Internado para investigação, realizou coleta de lavado brônquico no lobo superior esquerdo, com pesquisa direta de BAAR positiva. Material também enviado para cultura de micobactérias. Anti HIV (teste rápido) negativo.



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 3)

Qual o esquema de retratamento recomendado para esse paciente?

- A) Esquema RHZ (rifampicina + isoniazida + pirazinamida) por nove meses (RHZ 2 meses/RH 7 meses).
 - B) Esquema SRE (estreptomicina + rifampicina + etambutol) por nove meses (SRE 2 meses/RE 7 meses).
 - C) Esquema RHZE (rifampicina + isoniazida + pirazinamida + etambutol) por seis meses (RHZE 2 meses/RH 4 meses).
 - D) Esquema RZES (rifampicina + pirazinamida + etambutol + estreptomicina) por seis meses (RZES 2 meses/RE 4 meses).
13. Paciente de 42 anos, masculino, sem comorbidades, não tabagista, foi avaliado por pneumologista para investigação de alteração radiológica. Ao exame físico, não apresenta alterações. Um corte da tomografia computadorizada de tórax é mostrado a seguir. A medida da lesão é 2,6mm no maior diâmetro. Na janela mediastinal da TC foram visualizados 2 linfonodos (hilar e peribrônquico) à esquerda, o maior com 18mm, sem outras alterações. Foi realizada broncoscopia com biópsia da lesão que evidenciou adenocarcinoma. As tomografias computadorizadas de abdômen e crânio e cintilografia óssea foram normais. Foi encaminhado ao cirurgião torácico para avaliação de ressecção cirúrgica.

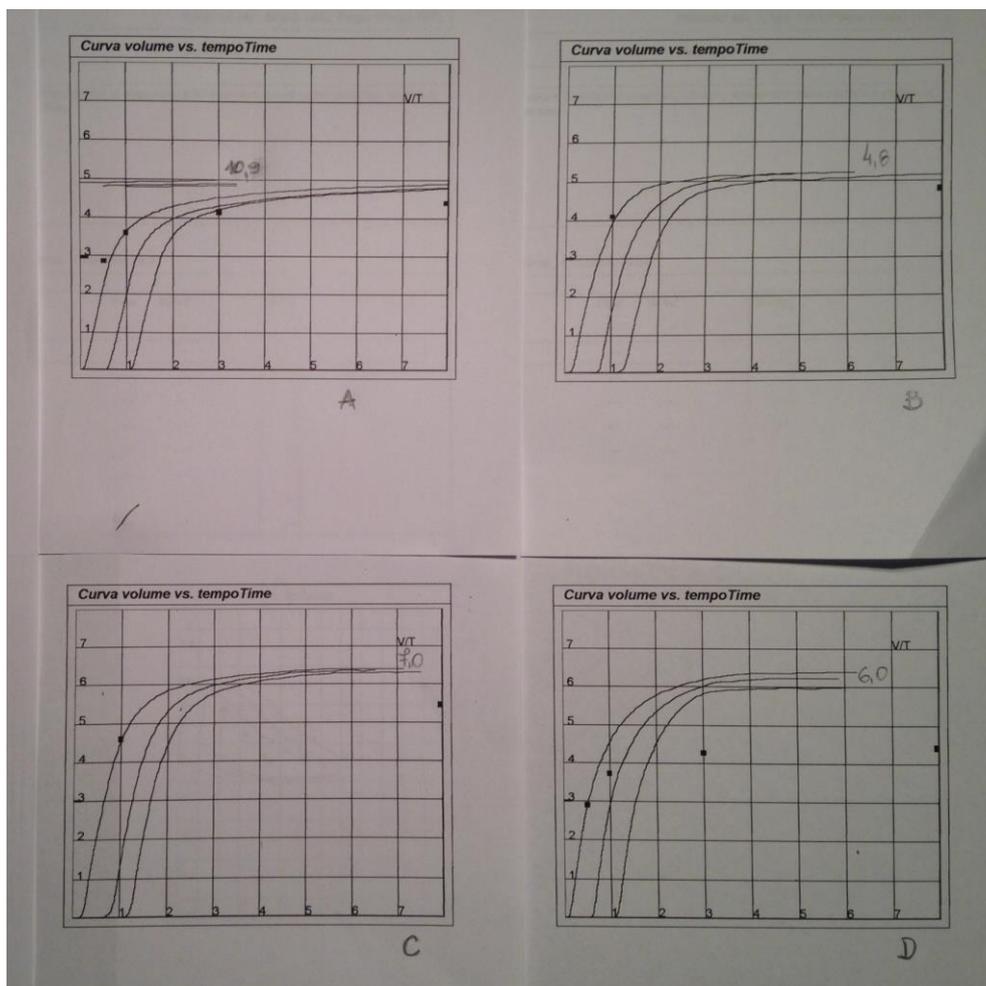


Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 4)

Considerando o estadiamento clínico da doença, a condição do paciente e a possibilidade de tratamento cirúrgico curativo, faz-se necessária a complementação do estadiamento com:

- A) Biópsia transbrônquica dos linfonodos.
- B) Ressonância nuclear magnética do tórax.
- C) Mediastinoscopia cervical com biópsia linfonodal.
- D) Tomografia computadorizada com emissão de pósitrons.

14. Paciente masculino, 60 anos, portador de DPOC, realizou espirometria com broncodilatador. As curvas volume-tempo são apresentadas abaixo. Curvas A: a melhor curva tem tempo de expiração de 10,9 seg e a segunda, de 10 seg. Curvas B: a melhor curva tem tempo de expiração de 4,8 seg e a segunda, de 8 seg. Curvas C: a melhor curva tem tempo de expiração de 7 seg e a segunda, de 7,2 seg. Curvas D: a melhor curva tem tempo de expiração de 6,3 seg e a segunda, de 6 seg.



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 5)

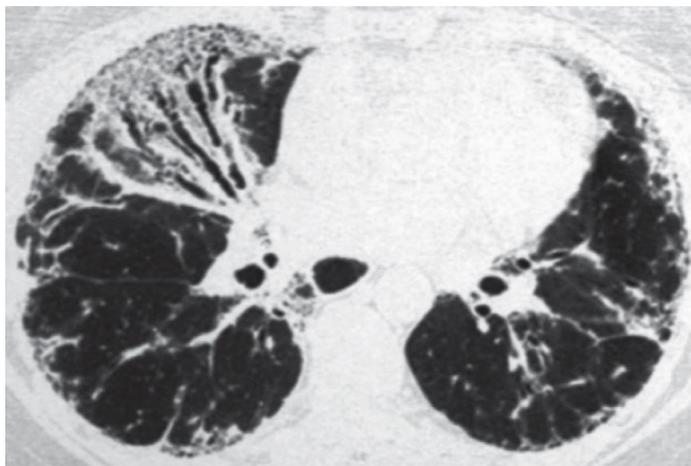
Qual das curvas tem a melhor qualidade das manobras?

- A) A
- B) B
- C) C
- D) D

15. Paciente masculino, 62 anos, com história de dispneia progressiva com evolução de 3 anos, atualmente com m-MRC de 2. Apresenta ainda tosse seca discreta. Não tabagista. Sem pneumopatias prévias. É agricultor, mas trabalha também cavando poços artesanais em sítios. A avaliação radiológica mostra presença de grandes opacidades consolidativas, bilaterais, sem cavitação, predominando em terços superiores. Nota-se também linfadenomegalias mediastinais com calcificações grosseiras periféricas em "casca de ovo". Considerando o diagnóstico mais provável, a abordagem mais apropriada nesse momento seria:

- A) realizar pulsoterapia com corticoide.
- B) afastar o paciente da exposição.
- C) realizar mediastinoscopia.
- D) indicar biópsia pulmonar.

16. Você está avaliando em domicílio um paciente masculino, obeso mórbido, que está imobilizado após sofrer fratura de vértebra cervical devido à acidente de trânsito em que ele dormiu ao volante. Refere que vem tendo sonolência excessiva durante o dia e que esposa relata roncos frequentes com pausas respiratórias durante o sono. Nega outras comorbidades, uso de medicações ou drogas ilícitas. Considerando o diagnóstico mais provável, o exame inicial mais apropriado neste momento seria:
- A) oximetria noturna.
 - B) polissonografia diurna.
 - C) polissonografia noturna.
 - D) monitorização cardiorrespiratória.
17. Mulher de 55 anos foi encaminhada do serviço de reumatologia para avaliação por pneumologista quanto ao comprometimento pulmonar por esclerose sistêmica progressiva diagnosticada há 1 ano. Apresentava uma espirometria com uma redução da Capacidade Vital Forçada (CVF medida = 52% da prevista). Trazia consigo uma tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR), dos pulmões. Que achados histopatológicos seriam esperados a partir da análise da imagem da TCAR?



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 6)

- A) Pneumonia intersticial usual.
 - B) Infiltrado linfocitário perivascular.
 - C) Fibrose predominantemente centro-lobular.
 - D) Padrão de bronquiolite folicular e pneumonia linfocítica.
18. Paciente masculino, em tratamento quimioterápico por leucemia linfóide aguda, evoluindo com tosse seca, desconforto torácico, hemoptise e febre baixa. Exame laboratorial evidencia neutropenia grave. A avaliação radiológica por TC tórax mostra nódulos pulmonares bilaterais circundados por halo de vidro fosco. A biópsia transbrônquica mostra hifas hialinas, estreitas e septadas. Nesse contexto, o diagnóstico mais provável seria:
- A) Candidíase.
 - B) Aspergilose.
 - C) Criptococose.
 - D) Histoplasmose.

19. Paciente feminina, 65 anos, com câncer de mama em estágio avançado, metastático (Karnofsky 50), sem resposta à quimioterapia. Procurou atendimento com queixa de dispneia e tosse secundária à derrame pleural maciço detectado previamente. A TC de tórax mostra linfangite carcinomatosa à esquerda. Realizada toracocentese com drenagem de 1000ml de líquido hemático, sem melhora importante dos sintomas. A análise do líquido pleural demonstrou pH 7,22, glicose 55 mg/dl, LDH 468 UI/ml e citologia positiva para células malignas. A radiografia de tórax 3 dias após a drenagem é mostrada a seguir.



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 7)

Qual a conduta melhor recomendada para manejo do derrame pleural nessa paciente?

- A) Talcagem pleural.
 - B) Drenagem pleural.
 - C) Pleurodese com bleomicina.
 - D) Toracocenteses repetidas.
20. Paciente feminina, 25 anos, comissária de bordo de vôos nacionais há 3 meses, procurou atendimento na emergência por dor torácica de início súbito, associada à dispneia em repouso. Encontra-se clinicamente estável, com saturação de oxigênio 95% em ar ambiente. A radiografia de tórax apresenta pequena lâmina de pneumotórax (2cm). Foi mantida em observação e na reavaliação radiológica com 6 e 24 horas de evolução, não foi identificado aumento do pneumotórax. Qual a conduta mais recomendada para essa paciente?
- A) Videotoroscopia com ressecção do segmento pulmonar comprometido e pleurodese abrasiva para evitar risco de recorrência.
 - B) Administração de oxigênio em altas doses (10 litros/min) para aumentar a velocidade de absorção do pneumotórax.
 - C) Alta com acompanhamento ambulatorial até a resolução completa do pneumotórax confirmada por radiografia de tórax.
 - D) Drenagem torácica com drenos finos (“pig tail”) conectado a válvula de drenagem unidirecional, tipo Heimlich.