



SURCE

SELEÇÃO UNIFICADA PARA RESIDÊNCIA
MÉDICA DO ESTADO DO CEARÁ

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015

CADERNO DE QUESTÕES

DATA: 16 DE NOVEMBRO DE 2014.

PROGRAMA COM PRÉ-REQUISITO: 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 50 (cinquenta) 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 **4 (quatro) horas** e o tempo mínimo de permanência em sala de prova é de **2 (duas) horas**.
06. É terminantemente proibida a cópia do gabarito.
07. Os participantes poderão solicitar cópia de seu Cartão-Resposta, digitalizado, conforme previsto no subitem 14.12 do Edital da SURCE.
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 após a assinatura da Ata de aplicação.

Boa prova!

Inscrição

Sala

Seleção Residência Médica 2015

01. Paciente coronariopata e hipertenso, apresentando dispneia em decúbito, dispneia paroxística noturna, tosse intensa, edema de extremidades, com evolução para insuficiência respiratória aguda. Ao exame cianótico, com frequência respiratória 26 incursões por minuto, pulso 115 batimentos por minuto e oximetria digital em ar ambiente 87%, pressão arterial 180/115 mmHg, ausculta pulmonar com estertores crepitantes até terços médios bilateralmente, edema de membros inferiores, turgência jugular. Radiografia de tórax mostrada abaixo.



Qual o mecanismo principal implicado na hipoxemia do paciente?

- A) Distúrbio de difusão.
 - B) Hipoventilação alveolar.
 - C) Shunt direito-esquerdo.
 - D) Alta relação ventilação/perfusão.
02. Paciente com queixa de dispneia aos esforços, progressiva, associada a tosse eventual. Vem a consulta com pneumologista para avaliar resultado de prova funcional pulmonar:
- CVF (capacidade vital forçada): 2,5 L, 80% do previsto
VEF1 (volume expiratório forçado no primeiro segundo) 1,30 L, 45% do previsto
VEF1/CPT _0,58 _
CPT (capacidade pulmonar total) 6,9 L, 110% do previsto
CRF (capacidade residual funcional) 4,7 L, 140%
VR (volume residual) 3,81 L, 175% do previsto
VR/CPT 55, 183%
DLCO (difusão pelo monóxido de carbono) 13,2 ml.min.mmHg, 57% do previsto

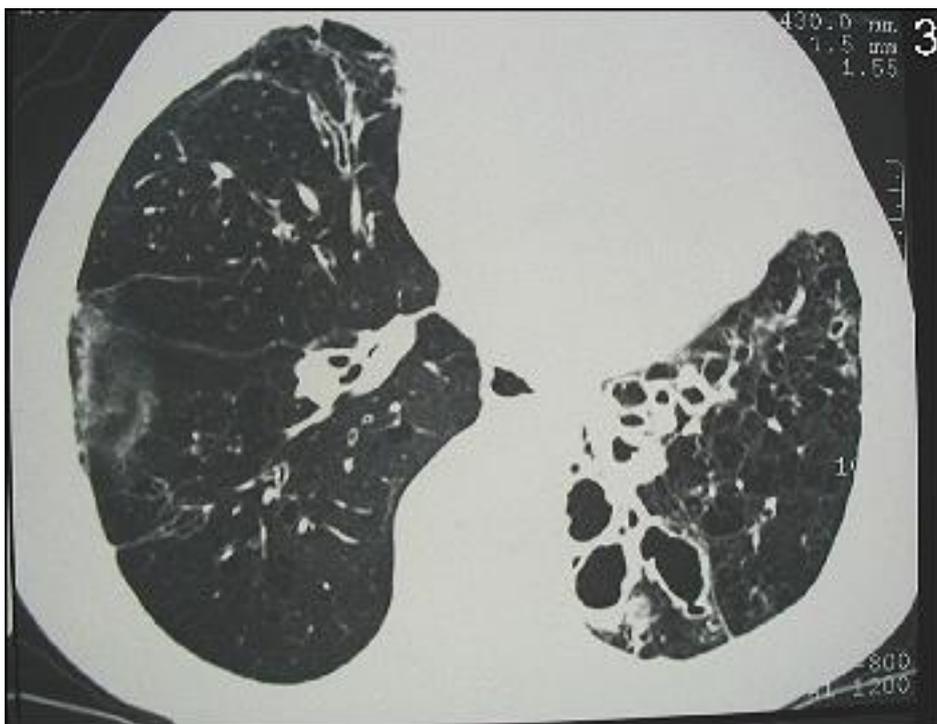
Qual a interpretação do exame?

- A) Obstrução grave e alçaponamento aéreo.
- B) Obstrução moderada e alçaponamento aéreo.
- C) Obstrução grave e hiperinsuflação pulmonar.
- D) Obstrução moderada e hiperinsuflação pulmonar.

- 03.** Paciente 65 anos, ex-tabagista, com queixas de dispneia progressiva e tosse seca, apresentando crepitações bibasais fixos e hipocratismo digital, apresentando infiltrado pulmonar na tomografia computadorizada de alta resolução, traz espirometria para avaliação pelo pneumologista. Dos parâmetros espirométricos pós broncodilatador abaixo, qual o mais compatível com o quadro do paciente?
- CVF 90% do previsto, VEF1 81% do previsto, VEF1/CVF 0,88
 - CVF 80% do previsto, VEF1 75% do previsto, VEF1/CVF 0,93
 - CVF 75% do previsto, VEF1 50% do previsto, VEF1/CVF 0,66
 - CVF 70% do previsto, VEF1 79% do previsto, VEF1/CVF 0,87
- 04.** Paciente masculino, 40 anos, em ventilação mecânica por SIDA e neurotoxoplasmose. Evoluindo com febre e aparecimento de infiltrado novo na base pulmonar direita. Há rápida deterioração clínica com hipotensão mantida a despeito de Noradrenalina em doses superiores a 2 mcg/kg/min. Os exames mostram Hb: 9g/dL Leucócitos: 2.000/mm³ Plaquetas: 40.000/mm³. Gasometria arterial com FIO₂ de 80% pH: 7,30 PaCO₂: 40mmHg PaO₂: 80mmHg HCO₃: 18 mEq/L. Neste contexto, a conduta mais adequada para investigar a etiologia do quadro respiratório seria:
- Aspirado traqueal.
 - Escovado brônquico.
 - Biópsia transbrônquica.
 - Lavado bronco alveolar.
- 05.** Paciente masculino, 50 anos, DPOC, em investigação de massa pulmonar à direita. Apresentou febre (38,3°C) sem calafrios, quatro horas após a realização de broncoscopia com lavado broncoalveolar e biópsia brônquica. Sem outros sintomas. Há relato de enxágue por tempo insuficiente do aparelho antes do procedimento. Hemograma com Hb: 12g/dL Leucócitos: 10.000/mm³ sem desvio à esquerda. Plaquetas: 200.000/mm³. Proteína C reativa: 0,1mg/dL. Neste momento, a conduta mais adequada seria:
- Antiviral.
 - Antibiótico.
 - Antifúngico.
 - Antitérmico.
- 06.** Paciente de 40 anos, sem comorbidade, evoluindo com derrame pleural ocupado 1/3 do hemitórax esquerdo, após quadro de pneumonia comunitária. A toracocentese diagnóstica evidenciou líquido amarelo turvo, contagem total de células 4000 cel/mm³, contagem diferencial com 60% neutrófilos, 38% linfócitos, 2% células mesoteliais, desidrogenase láctica 1050 U/l (sérica 205U/l), glicose 63mg/dl (sérica 85 mg/dl), pH 7,23, coloração de gram com ausência de germes. Qual a conduta mais recomendada para este paciente, além de esquema antimicrobiano adequado?
- Observação.
 - Pleuroscopia.
 - Drenagem torácica.
 - Toracocentese seriada.
- 07.** Paciente 68 anos, procura assistência médica com quadro de febre alta, tosse produtiva e radiografia de tórax com consolidação alveolar em lobo inferior esquerdo. Encontra-se orientado, taquipneico (f = 38 mrm), pressão arterial= 110X70 mmHg e exames laboratoriais que mostram leucocitose com desvio à esquerda, ureia= 58 mg/dl, creatinina= 1,2 mg/dl. SaO₂= 97% em ar ambiente e gasometria normal. Uma avaliação de risco pelo PSI (pneumonia severity index) classifica o paciente no grupo IV. Qual seria a estratégia mais adequada para este paciente em relação ao local de tratamento?
- Tratamento Hospitalar em enfermaria.
 - Tratamento ambulatorial pelos dois critérios.
 - Tratamento Hospitalar pelo PSI e ambulatorial pelo Escore de Curb.
 - Tratamento em unidade de terapia intensiva pelo quadro clínico-laboratorial.
- 08.** Paciente 54 anos, portador de bronquiectasias, com vários internamentos nos últimos meses dá entrada na unidade de terapia intensiva com quadro de pneumonia da comunidade e necessidade de entubação. Qual o esquema antimicrobiano mais adequado nessa situação clínica?
- Moxifloxacino + Ceftriaxona.
 - Cefepime + Ciprofloxacina.
 - Amicacina + Levofloxacino.
 - Levofloxacino + Oxacilina.

09. Paciente 58 anos, previamente hígido procura assistência médica por quadro de pneumonia comunitária com indicação de tratamento hospitalar em enfermaria. Nessa condição qual esquema antimicrobiano mais adequado?
- A) Cefotaxima.
 - B) Moxifloxacino.
 - C) Ciprofloxacina.
 - D) Claritromicina.
10. Paciente feminina, 45 anos, internada em UTI por pancreatite grave, em ventilação mecânica há seis dias, iniciou febre 38,3°C e episódios de dessaturação. Ao exame, apresenta secreção purulenta à aspiração traqueal. Radiografia de tórax com infiltrado pulmonar à direita, leucograma com 15000 células/mm³. Foi enviado para cultura bacteriológica material de aspirado da secreção traqueal. Considerando o quadro da paciente, qual a quantidade mínima de colônias bacterianas (unidades formadoras de colônias - UFC/ml) que devem estar isoladas no aspirado, para que o mesmo seja considerado positivo?
- A) 10² UFC
 - B) 10³ UFC
 - C) 10⁴ UFC
 - D) 10⁵ UFC
11. Paciente 39 anos, apresenta quadro de febre, adinamia, tosse seca e dispneia 1 semana após ter participado de caçada a tatus (pebas). Radiografia de tórax mostra nódulos maiores de 5 cm alguns com cavitações e derrame pleural à direita. Biópsia de um dos nódulos mostrou esférulas maduras com endósporos em seu interior. Qual o diagnóstico etiológico mais provável para o contexto acima?
- A) Criptococose.
 - B) Histoplasmose.
 - C) Coccidioidomicose.
 - D) Metástases pulmonares.
12. Paciente masculino, 35 anos, há duas semanas com quadro de febre, cefaleia, tosse seca e intensa astenia. Nega outras comorbidades. Refere ser caseiro de um sítio e ter feito a limpeza de um galinheiro 10 dias antes do aparecimento dos sintomas. Ao exame físico, apresenta-se prostrado, pálido e febril. Há linfadenomegalia cervical e hepatoesplenomegalia. Ausculta cardiopulmonar é normal. Radiografia de tórax evidencia engurgitamento hilar bilateral e infiltrado reticulonodular bilateral difuso. Nesse contexto, considerando uma etiologia fúngica, o diagnóstico mais provável seria:
- A) Aspergilose.
 - B) Histoplasmose.
 - C) Coccidioidomicose.
 - D) Paracoccidioidomicose.
13. Paciente feminina, 27 anos, casada, 2 filhos, com quadro de hemoptise associada à tosse com broncorreia purulenta desde a infância após ter tido quadro de pneumonia. Refere um internamento recente por hemoptise maciça e que as exacerbações frequentes estão impedindo-a de se fixar em um emprego. Sem outras comorbidades. Tomografia de Alta Resolução (TCAR) do tórax evidencia bronquiectasias em lobo médio. Broncoscopia mostrou brônquio lobar médio drenando secreção purulenta, cuja cultura revelou *Pseudomonas aeruginosa*. A espirometria mostra VEF1/CVF 83% VEF1: 1,9L (86%) CVF: 2,28 (90%). Nesse contexto, a abordagem mais adequada seria:
- A) Ressecção cirúrgica.
 - B) Dornase α inalatória.
 - C) Tobramicina inalatória.
 - D) Macrolídeo oral baixa dose.

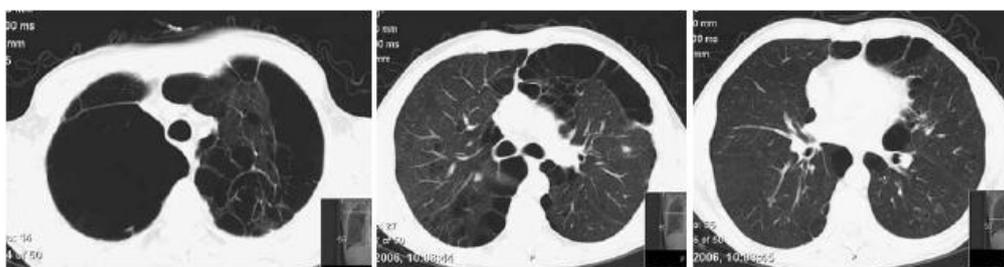
14. Paciente 24 anos, asmática desde a infância, vem à consulta com pneumologista, pois tem apresentado sensação de desconforto torácico matinal, sibilância quando faz exercício (3 vezes por semana) e tosse seca. Faz uso de salbutamol spray quando necessário (3 vezes por semana). Nega outros sintomas. A espirometria mostra fluxo aéreo dentro dos limites da normalidade, com resposta significativa ao broncodilatador (aumento de VEF1 350ml, variação de 18%). Baseado nas Diretrizes Brasileiras de Asma 2012, qual o tratamento inicial preferencial para esta paciente, além do broncodilatador de alívio?
- A) Ciclesonida 480mcg/dia.
B) Budesonida 400mcg/dia.
C) Beclometasona 1000mcg/dia.
D) Associação de fluticasona 500mcg/dia e salmeterol 50mcg/dia.
15. Paciente masculino, 35 anos, asmático, apresentando sintomas diários no último mês, que o impediram de trabalhar duas vezes. Em uso de budesonida 2 vezes ao dia e fenoterol de alívio quando necessário. Técnica inalatória adequada. Procura atendimento após episódio de exacerbação atendido na emergência há sete dias. Vem em uso de prednisona oral desde então. Qual a recomendação preferencial de seguimento terapêutico para este paciente?
- A) Aumentar a dose da budesonida.
B) Associar formoterol à budesonida.
C) Trocar budesonida por mometasona.
D) Associar montelucaste à budesonida.
16. Paciente feminina, 45 anos, apresentando tosse com expectoração purulenta, febre de 39°C e astenia após quadro de infecção de via aérea superior. Refere vários episódios semelhantes, o último há 3 meses. Não sabe referir o tratamento utilizado. Ao exame, apresenta oximetria digital em ar ambiente de 89%, frequência respiratória 24 incursões por minuto, pulso 93 batimentos por minuto e roncos e crepitações em base esquerda à ausculta pulmonar. Traz tomografia de tórax feita há um ano.



Qual o esquema empírico mais recomendado para ser iniciado para esta paciente?

- A) Ertapenem.
B) Moxifloxacina.
C) Cefepime e ciprofloxacina.
D) Piperacilina/tazobactam e azitromicina.

17. Paciente feminina, 49 anos, asmática controlada com corticoide oral e história de crise com necessidade de ventilação mecânica no passado. Apresenta-se com nova crise há cerca de 3 dias com piora nas últimas duas horas, o que a fez procurar a emergência. Ao exame, encontra-se agitada, com fala monossilábica e retração da fúrcula esternal. SpO₂: 94% FC: 130 bpm f:35 ipm. Ausculta respiratória com murmúrio vesicular diminuído e sibilos difusos. Pico de Fluxo expiratório (PFE): 30% do previsto. Após a abordagem inicial nos primeiros 30 minutos com 3 nebulizações de Salbutamol 20gts com intervalo de 10 minutos entre elas e Metilprednisolona 125mg endovenoso, a paciente permanece dispneica, com PFE de 35% do previsto e f: 40 ipm. Nesse momento, a abordagem farmacológica mais adequada seria:
- A) Salbutamol inalatório.
 - B) Terbutalina subcutânea.
 - C) Aminofilina endovenosa.
 - D) Sulfato de magnésio endovenoso.
18. Paciente de 60 anos, masculino, ex-tabagista, apresenta DPOC (VEF1 36% do previsto, relação VEF1/CPT 0,65; capacidade pulmonar total 118% do previsto e difusão pulmonar pelo monóxido de carbono de 35% do previsto). A tomografia computadorizada de tórax é mostrada abaixo. Em uso de terapia medicamentosa otimizada. Sem melhora da qualidade de vida após curso de reabilitação pulmonar. Teste da caminhada de seis minutos com baixa capacidade de exercício, hipoxemia e dessaturação no exercício.



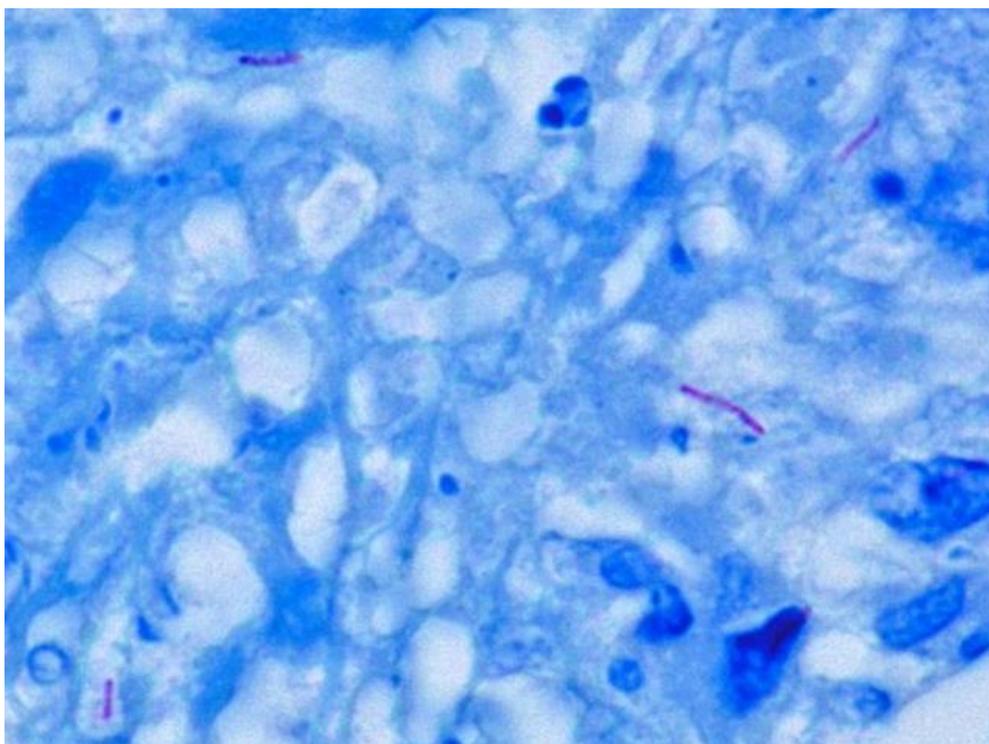
Considerando o quadro clínico do paciente, qual dos seguintes tratamentos pode aumentar a sobrevida do paciente?

- A) Bullectomia.
 - B) Transplante pulmonar.
 - C) Cirurgia redutora de volume pulmonar.
 - D) Redução broncoscópica de volume pulmonar.
19. Paciente feminina, 58 anos, ex tabagista (25 maços/ano), com diagnóstico de DPOC, vem referenciado ao pneumologista. Paciente refere dispneia ao andar menos de 100 metros no plano, necessitando parar para recuperar o fôlego. Apresenta escore de 13 pontos no teste de avaliação da DPOC (CAT). Nos últimos dois anos apresentou 1 exacerbação sem necessidade de internação. Nega comorbidades. Traz espirometria com VEF1 73% do previsto, relação VEF1/CPT 0,68. De acordo com o estadiamento do GOLD 2014 (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease), qual o grupo a que essa paciente pertence?
- A) Grupo A
 - B) Grupo B
 - C) Grupo C
 - D) Grupo D
20. Mulher de 40 anos, tabagista (20 maços/ano), solteira, procura pneumologista porque decidiu parar de fumar. É sua primeira tentativa. Apresenta 6 pontos no teste de Fagerström. Refere quadro de depressão prévio há 2 anos. Vem em tratamento com psicoterapia de apoio. Não deseja fazer uso de reposição de nicotina. Qual a terapia farmacológica para auxílio na suspensão do tabagismo mais recomendada para a paciente?
- A) Bupropiona.
 - B) Nortriptilina.
 - C) Vareniclina.
 - D) Buspirona.

21. Paciente portador de DPOC (VEF1 35% do previsto), 78 anos, tabagista, sintomático, vem referenciado para realização de reabilitação pulmonar. Refere estar em tratamento com antibiótico para uma exacerbação e sem otimização da sua medicação usual. Relata comprometimento importante da qualidade de vida. Na avaliação inicial é constatado que paciente apresenta exacerbações infecciosas frequentes (4 a 5 por ano), hemiparesia esquerda secundária a sequela de acidente vascular cerebral, limitando moderadamente a marcha e tem histórico de infarto agudo do miocárdio há 40 dias. Qual das situações representa contraindicação absoluta para a inclusão no grupo de reabilitação pulmonar que se iniciará dentro de 1 semana?
- A) Infarto recente.
 - B) Tabagismo ativo.
 - C) Alteração da marcha.
 - D) Exacerbação recente.
22. Paciente em tratamento de interrupção do tabagismo, participando de terapia comportamental associada a uso de bupropiona e adesivo de nicotina há 20 dias. Referindo insônia, agitação e ansiedade após início da medicação. Qual a melhor recomendação em relação a esta paciente, além de reforçar a abstinência e manter a terapia comportamental?
- A) Trocar bupropiona por vareniclina.
 - B) Ajustar a dose e horário da bupropiona.
 - C) Suspender a reposição de nicotina e manter bupropiona.
 - D) Suspender a bupropiona e manter a reposição de nicotina.
23. Paciente masculino, 65 anos, portador de DPOC Gold D (último VEF1 de 26%) e cirrose hepática, evoluindo com tosse seca e perda de peso há dois meses. O exame físico revela paciente caquético, com estado geral comprometido. Outros achados relevantes são: fígado macronodular diminuído de tamanho, gânglio palpável em fossa supraclavicular direita com cerca de 3 cm e baqueteamento digital. A telerradiografia de tórax mostra massa espiculada de 7 cm em região medular do lobo superior direito, sem outras alterações. Neste contexto, o passo mais adequado a ser seguido, na abordagem diagnóstica seria:
- A) PET-CT de corpo inteiro.
 - B) Biópsia de linfonodo.
 - C) Mediastinoscopia.
 - D) Broncoscopia.
24. Paciente feminina, 50 anos, grande fumante com quadro de hemoptise recente. Sem comorbidades. Radiografia de Tórax mostrou massa de 6 cm na região medular do lobo superior direito confirmada pela tomografia com contraste que não mostrou linfadenomegalias mediastinais. PET-CT de corpo inteiro confirmou lesão captante com Standard Uptake Value (SUV) de 6 no lobo superior direito sem outras alterações. Broncoscopia evidenciou lesão infiltrativa em brônquio fonte direito a 4 cm da carina principal e a biópsia confirmou carcinoma broncogênico não pequenas células. Ressonância magnética do crânio e provas de função pulmonar foram normais. Nesse contexto, a abordagem terapêutica mais adequada seria:
- A) Pneumectomia + radioterapia adjuvante.
 - B) Lobectomia superior direita + quimioterapia adjuvante.
 - C) Pneumectomia + esvaziamento linfonodal mediastinal.
 - D) Lobectomia superior direita + amostragem linfonodal mediastinal.
25. Paciente feminina, 68 anos, grande fumante, em investigação de massa mediastinal. Não apresenta outras comorbidades. Vem queixando-se na última semana de edema facial, cefaleia e tontura. Ao exame, observa-se turgência jugular bilateral, pletora facial e circulação colateral exuberante em regiões supraclaviculares. Angiotomografia de tórax mostra massa heterogênea em mediastino anterior com compressão extrínseca, porém sem invasão vascular ou outros achados patológicos. Neste contexto, a abordagem terapêutica mais adequada seria:
- A) Elevação da cabeceira.
 - B) Radioterapia torácica.
 - C) Angioplastia percutânea.
 - D) Enxerto vascular.

26. Paciente 49 anos apresentando quadro clínico de alta suspeição de tromboembolismo pulmonar (Escore de Wells =6) e sem instabilidade hemodinâmica, realiza angiotomografia de tórax que não mostra êmbolos em circulação pulmonar. Qual a estratégia a seguir nessa situação clínica?
- Realizar arteriografia pulmonar.
 - Solicitar dosagem de dímeros D.
 - Procurar outra etiologia para o caso.
 - Realizar ecografia venosa de membros inferiores.
27. Paciente 54 anos, dá entrada na emergência com quadro de dispneia, dor torácica pleurítica e hemoptise. Angiotomografia mostra trombo central em artéria pulmonar direita. Encontra-se com pressão arterial 80 X60 mmHg e gasometria arterial com $\text{PaO}_2 = 40$ mmHg e $\text{SaO}_2 = 83\%$ mesmo com máscara de Venturi 50%. Qual a opção terapêutica mais adequada para o caso descrito acima?
- Enoxaparina.
 - Embolectomia.
 - Estreptoquinase.
 - Heparina por infusão contínua.
28. Paciente 29 anos, tem diagnóstico de Síndrome de Anticorpo Antifosfolípide encontra-se grávida e vem em uso de warfarin. Qual a estratégia mais adequada em termos de segurança e eficácia para prevenir eventos embólicos nessa paciente?
- Manter somente warfarin.
 - Manter warfarin e associar enoxaparina.
 - Suspender warfarin e iniciar heparina subcutânea.
 - Suspender warfarin e prescrever enoxaparina + aspirina.
29. Paciente 59 anos é submetido à cateterização de artéria pulmonar para investigação de Hipertensão Pulmonar (encontra-se com dispneia e classe funcional II). O laudo final do referido exame demonstra pressão média de artéria pulmonar de 54 mmHg e pressão de oclusão da artéria pulmonar de 10 mmHg. Após teste de vasorreatividade com óxido nítrico a pressão média de artéria pulmonar obtida foi 36 mmHg. Diante deste resultado qual a melhor opção terapêutica indicada para este paciente?
- Amlodipina.
 - Prostaciclina.
 - Bosentana.
 - Sildenafil.
30. Paciente etilista, com tuberculose pulmonar bacilífera com dois abandonos prévios de tratamento. Persiste com BAAR + e a cultura demonstrou resistência a R e H.
R = ripampicina; H = isoniazida; Z = pirazinamida; E = etambutol; S = estreptomina; Et = etionamida; O = ofloxacina; T = terizidona
- Qual o tratamento recomendado para este paciente?
- 3 SZEEt/ 9 EEt
 - 3 SEZT / 6 SEZ / 6 ZE
 - 2 SEOZT/ 4 SEOZT/ 12 EOT
 - 2 EZT+amicacina+levofloxacina/ 6 EZT+levofloxacina/ 4 ET
31. Paciente feminina, 35 anos, com leucemia aguda em tratamento quimioterápico, com diagnóstico recente de tuberculose ganglionar, sem história prévia de tratamento de tuberculose.
R = ripampicina; H = isoniazida; Z = pirazinamida; E = etambutol; S = estreptomina; O = ofloxacina
- Qual o esquema terapêutico recomendado?
- 2 RHES/ 6 HE
 - 2 RHZE/ 7 RH
 - 3 SEO/ 6 RH
 - 2 HSE/10 HE

32. Paciente masculino, 35 anos, não tabagista, procura atendimento para investigar adenopatia hilar direita e atelectasia de lobo médio descoberta em radiografia de tórax. Nega emagrecimento. Refere sensação de febre vespertina há 20 dias. Realizou mediastinoscopia com biópsia de linfonodo, cuja imagem é mostrada a seguir.

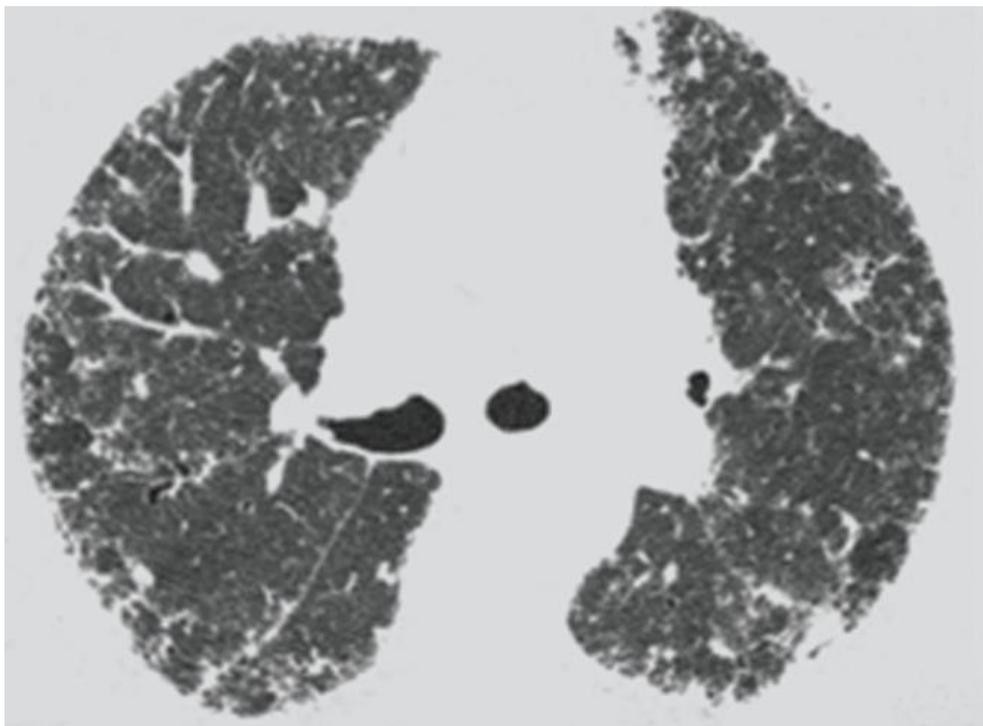


Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 1)

Qual o diagnóstico deste paciente?

- A) Linfoma.
 - B) Sarcoidose.
 - C) Tuberculose.
 - D) Adenopatia reacional.
33. Paciente masculino, 40 anos, com tuberculose pulmonar bacilífera, em primeiro tratamento com esquema básico (2 meses RHZE/4 meses RH), apresentando perda da visão lateral e alteração da visão para cores duas semanas após o início do tratamento. Nega comorbidades. Não etilista. R = rifampicina; H = isoniazida; Z = pirazinamida; E = etambutol
- Considerando o sintoma como reação adversa ao tratamento, qual a droga mais comumente implicada?
- A) Isoniazida.
 - B) Etambutol.
 - C) Rifampicina.
 - D) Pirazinamida.
34. Paciente feminina, 47 anos, com quadro de dispneia progressiva e tosse seca há cerca de 3 anos. Ao exame nota-se espessamento e diminuição da elasticidade da pele nos antebraços e tórax e afilamento das falanges dos quirodáctilos. Ausculta respiratória mostra crepitações na base esquerda. Radiografia de tórax evidencia diminuição dos volumes pulmonares com infiltrado reticular na base esquerda. TCAR mostra áreas focais de bronquiectasias com vidro fosco, reticulação e distorção arquitetural, sem faveolamento, preservando as regiões subpleurais, no segmento posterior do lobo inferior esquerdo e no lobo médio, além de dilatação esofágica. Caso o anticorpo anticentrômero seja positivo, Os achados histopatológicos pulmonares provavelmente corresponderiam a:
- A) Pneumonite Organizante.
 - B) Pneumonite Intersticial Usual.
 - C) Pneumonite Intersticial Não Específica.
 - D) Pneumonite com Fibrose Centrolobular.

35. Um homem de 60 anos queixa-se de dispneia e tosse seca há 7 meses, de caráter progressivo. Ex-fumante (50 anos/maço), hipertenso, apresenta uma espirometria com distúrbio ventilatório restritivo moderado e os seguintes achados na TCAR do tórax. Considerando-se a relação risco x benefício neste caso, qual a melhor recomendação quanto a realização de procedimentos invasivos visando obtenção de biópsia pulmonar para confirmação diagnóstica?



- A) Nenhum procedimento invasivo.
B) Biópsia pulmonar por videotoracoscopia.
C) Biópsia pulmonar por toracotomia (a céu aberto).
D) Broncoscopia com lavado bronco-alveolar e biópsia transbrônquica.
36. Paciente 42 anos, evoluindo com febre, tosse seca, dispneia moderada e fadiga importante, procura o pneumologista. Radiografia de tórax tem infiltrado intersticial bilateral e tomografia de tórax (TCAR) mostra nódulos de pequena tamanho com distribuição perilinfática e adenopatias hilares. Biópsia transbrônquica evidencia granulomas sem necrose e o paciente tem $\text{SaO}_2 = 85\%$ em repouso com $\text{CVF} = 65\%$ à espirometria. Qual a melhor opção de tratamento para esta condição clínica?
- A) Prednisona.
B) Expectante.
C) Infiximabe.
D) Azatioprina.
37. Paciente masculino, 25 anos, usuário de drogas, dá entrada na emergência com dispneia intensa e cianose. Relata história de tosse produtiva, febre e dispneia progressiva há 5 dias após inalação de cocaína. A radiografia de tórax mostra infiltrado pulmonar de padrão misto difuso bilateral, confirmado pela TCAR que também evidencia derrame pleural bilateral. Leucograma com $15.000/\text{mm}^3$ com 70% de neutrófilos, 23% de linfócitos, 3% de eosinófilos, 3% de monócitos e 1% de basófilos. Realizado lavado broncoalveolar que se mostrou hipercelular com predomínio eosinofílico (55%) embora também com neutrófilos e linfócitos aumentados. A pesquisa direta para germes piogênicos e fungos foi negativa. Neste contexto, o diagnóstico mais provável é:
- A) Síndrome de Loffler.
B) Síndrome hipereosinofílica.
C) Pneumonia eosinofílica aguda.
D) Pneumonia de hipersensibilidade.

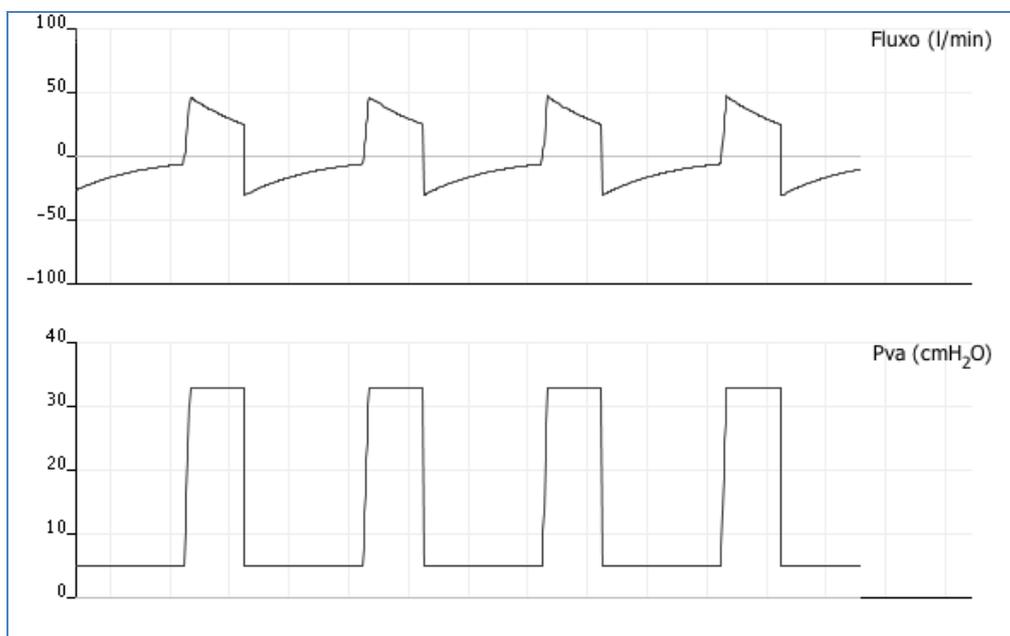
38. Paciente masculino, 50 anos, portador de miocardiopatia dilatada e fibrilação atrial crônica, em uso de captopril, espironolactona e amiodarona há 90 dias. Procura atendimento referindo emagrecimento de 4 kg no período, dispneia e tosse seca há três semanas. Traz radiografia de tórax.



Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual achado característico esperado no lavado broncoalveolar deste paciente?

- A) Relação CD4/CD8 abaixo de 1.
 - B) Macrófagos alveolares espumosos.
 - C) Eosinofilia (mais de 20% de eosinófilos).
 - D) Macrófagos alveolares com coloração PAS positivo.
39. Um paciente com miocardiopatia isquêmica e hipertenso foi admitido na emergência com quadro de dispneia intensa, crepitações grossas à ausculta pulmonar sendo intubado. O médico de plantão considerou o uso de Ventilação Não Invasiva. Optou-se por aplicar uma PEEP de pelo menos 10cmH₂O. Que efeito hemodinâmico seria esperado da aplicação deste nível de PEEP?
- A) Redução da pós-carga do ventrículo direito.
 - B) Aumento da pré-carga do ventrículo direito.
 - C) Aumento da pós-carga do ventrículo esquerdo.
 - D) Redução da pós-carga do ventrículo esquerdo.
40. Um paciente com DPOC leve e que foi admitido na UTI com pneumonia e choque séptico foi mantido em ventilação mecânica invasiva e, após resolução do quadro, extubado eletivamente, após passar em um teste de respiração espontânea. Após 3 horas da extubação, apresentava-se com taquidispneia, uso de musculatura acessória de respiração e necessidade de uso de máscara de Venturi a 50%. A gasometria arterial mostrava piora da hipoxemia mas sem retenção de CO₂. Considerando as evidências científicas atuais qual a melhor conduta terapêutica dentre as opções abaixo?
- A) Uso de O₂ por máscara de reservatório.
 - B) Uso de Ventilação Não-Invasiva em modo de CPAP.
 - C) Intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva.
 - D) Uso de Ventilação Não-Invasiva, em modo de Pressão de Suporte.

41. Um paciente de 33 anos, fumante, tem asma desde a infância e foi admitido em UTI com quadro de insuficiência respiratória aguda após uma infecção respiratória e necessitou de ventilação mecânica invasiva. Os ajustes iniciais do ventilador mecânico foram os seguintes: modo PCV resultando num VC de 500ml (6ml/kg de peso ideal do paciente) e f respiratória de 20 rpm. A gasometria arterial colhida com uma F_{iO_2} de 55% mostrava: pH:7,41, $PaCO_2$: 38mmHg, PaO_2 :86mmHg, SaO_2 :96%, HCO_3^- :23mEq/l. As curvas fluxo e pressão x tempo no momento da coleta da gasometria encontram-se na figura abaixo. Que ajuste, dentre as opções abaixo, seria o mais recomendável no momento para esse paciente?

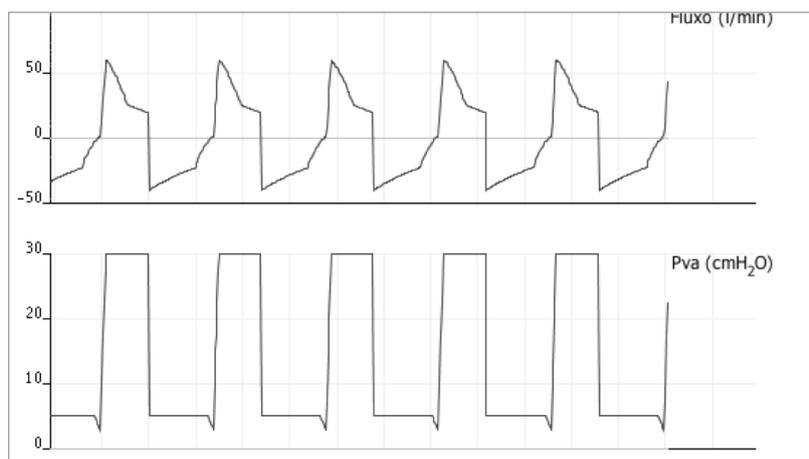


- A) Redução da F_{iO_2} .
B) Aumento da PEEP.
C) Redução da frequência respiratória.
D) Redução da pressão máxima de via aérea.
42. Paciente masculino, 34 anos, com história de tosse produtiva e febre há um mês. Procurou assistência médica por piora clínica com surgimento de dor pleurítica à direita e dispneia. Radiografia de tórax mostrou extenso derrame pleural à direita, cuja toracocentese revelou pus. Após 10 dias de drenagem pleural em selo d'água e antibioticoterapia adequada, o paciente continuava febril e com débito volumoso e purulento pelo dreno. Realizou tomografia de tórax que evidenciou derrame pleural septado com espessamento pleural moderado sem encarceramento pulmonar. Neste momento, a abordagem terapêutica mais adequada seria:
- A) Decorticação pulmonar aberta.
B) Drenagem aberta por pleurostomia.
C) Reposicionamento do dreno torácico.
D) Decorticação fechada por toracoscopia.
43. Mulher de 30 anos, sedentária, hipertensa, pesando 98kg e com 1,62m de altura procurou atendimento médico com queixas de dispneia aos esforços e ortopneia. Relatava rinite alérgica mas não asma na infância. Ao exame físico, a ausculta pulmonar era limpa e a SpO_2 :97%. Foi a um cardiologista que fez Ecocardiograma que mostrou uma Fração de Ejeção de 56% e um ventrículo esquerdo com dimensões normais. A relação E/E' no doppler tissular mostrava-se elevada e uma dosagem de BNP mostrou valores de 800 pg/ml. Uma espirometria mostrou redução leve da capacidade vital forçada. Qual o diagnóstico mais provável para a causa da dispneia dessa paciente?
- A) Sedentarismo e obesidade.
B) Asma de apresentação atípica.
C) Doença pulmonar a esclarecer.
D) Insuficiência cardíaca diastólica.

44. Uma mulher de 48 anos, fumante, hipertensa, procurou atendimento médico com queixas de dispneia de leve intensidade, tosse e dor torácica com infiltrados pulmonares bilaterais no raio-x de tórax, sem melhora após tratamento com antibioticoterapia. O quadro persiste há cerca de 3 meses. Refere criar um papagaio. Nega anorexia ou emagrecimento. Um pneumologista solicitou uma TCAR do tórax apresentada abaixo. Com base nos dados clínicos e achados radiológicos qual o diagnóstico mais provável dentre as opções abaixo?

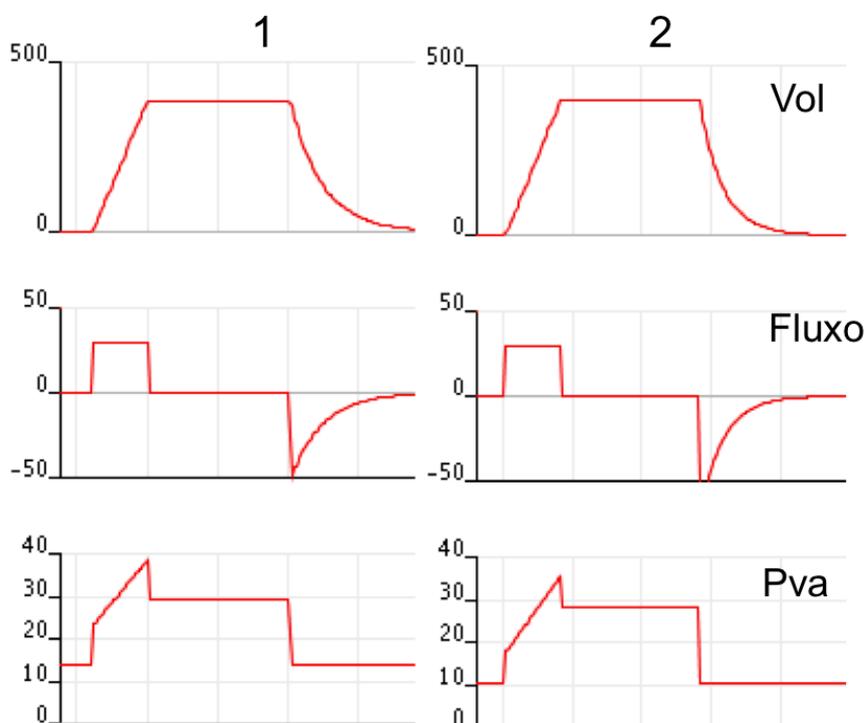


- A) Proteínose alveolar.
B) Pneumonia de hipersensibilidade.
C) Pneumonia organizante criptogênica.
D) Pneumonia intersticial não específica fibrótica.
45. Uma paciente de 66 anos, grande fumante, encontra-se na UTI devido a um quadro de pneumonia que levou a intensa piora da sua função pulmonar e à necessidade de intubação traqueal. Após melhora da sepse o ventilador foi ajustado no modo de ventilação com pressão de suporte (PSV) e as curvas de fluxo e pressão x tempo são mostradas abaixo. Qual a melhor explicação para o achado nas curvas de ventilação?



- A) Presença de taquipneia e auto-PEEP devido a auto-disparo.
B) Sensibilidade mal ajustada levando a dificuldade de disparo.
C) Boa sincronia paciente x ventilador, sem problemas de disparo.
D) Presença de auto-PEEP levando a maior esforço muscular de disparo.

46. Um paciente com pancreatite desenvolveu hipoxemia arterial grave e foi intubado. O raio-x de tórax mostrou opacidades alveolares bilaterais e optou-se por ventilação mecânica protetora com volume corrente de 6ml/kg de peso ideal. A PEEP foi ajustada em 15cmH₂O com base na melhor complacência estática. No dia seguinte, considerando uma melhora do paciente, o plantonista reduziu a PEEP para 10cmH₂O. A troca gasosa se manteve estável com a relação PaO₂/FIO₂ ao redor de 180. Seguiu hemodinamicamente estável em uso de baixas doses de noradrenalina com lactato arterial normal. A evolução das medidas de pressão de platô com as diferentes PEEPs é mostrada na figura abaixo. Em qual dos dois ajustes de PEEP a ventilação mecânica protetora está melhor implementada?



- A) Situação 1 é melhor.
- B) Situação 2 é melhor.
- C) Situação 1 e 2 são equivalentes.
- D) Situação 1 e 2 não são comparáveis.

47. Paciente 69 anos, tem hipersonolência diurna e polissonografia com índice de apneia/hipopneia = 35 sem dessaturação noturna importante. Com o diagnóstico de apneia obstrutiva do sono estabelecido, o paciente foi orientado a realizar medidas comportamentais e iniciar CPAP. Não obteve boa aderência ao uso do aparelho (recusa o uso por claustrofobia) e recusa realização de cirurgias. Na situação descrita, qual seria a estratégia mais eficaz para o tratamento do paciente?

- A) Mirtazapina.
- B) Uso de aparelhos intraorais.
- C) Oxigênio noturno por cateter nasal.
- D) Manter apenas medidas comportamentais.

48. Paciente, 35 anos, obeso (IMC 32 kg/m²), hipertenso controlado com medicação, vem para avaliação de roncos frequentes. Apresenta aumento de circunferência do pescoço. Qual parâmetro deve ser utilizado para avaliar sonolência diurna excessiva?

- A) Escala de Epworth.
- B) Índice de Pittsburgh.
- C) Questionário de Berlim.
- D) Índice de apneia/hipopneia.

49. Paciente 28 anos, asmático, apresentando dor pleurítica posterior esquerda súbita, associado à dispneia. Nega história de trauma. Radiografia de tórax evidenciou pneumotórax não hipertensivo de pequeno volume. É o terceiro episódio em 18 meses. Qual o tratamento mais recomendado para o paciente?
- A) Observação clínica.
 - B) Pleurodese abrasiva.
 - C) Videotoracoscopia.
 - D) Drenagem pleural com dreno de fino calibre.
50. Homem de 40 anos, apresentando anorexia, tosse seca, fraqueza muscular, ptose palpebral e diplopia. O hemograma evidenciou anemia. Traz tomografia computadorizada de tórax.



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

Qual o provável diagnóstico do paciente?

- A) Linfoma.
- B) Timoma.
- C) Teratoma.
- D) Seminoma.