

NOME

INSCRIÇÃO

SALA

LUGAR

DOCUMENTO

DATA DE NASC

ESPECIALIDADE

PROVA DISSERTATIVA – ESPECIALIDADES CLÍNICAS

ASSINATURA DO CANDIDATO

LOTE

SEQ

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Ciências Médicas

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015

Concurso de Admissão - 2015

Prova Escrita Dissertativa (16/11/2014)

ESPECIALIDADES CLÍNICAS



UNICAMP

COREME / FCM / COMVEST

INSTRUÇÕES AOS CANDIDATOS

- Verifique se este caderno contém um total de 10 questões, numeradas de 1 a 10. Caso contrário solicite ao fiscal da sala um outro caderno completo.
- As duas provas terão a duração total de **5 horas**, incluindo o tempo para preenchimento da folha de resposta.
- Cada candidato receberá uma folha de respostas, que deverá ser devidamente assinada e preenchida com **caneta esferográfica preta**.
- As folhas de respostas deverão permanecer sem qualquer sinal de dobra ou amassado.
- Não deixe questões sem resposta. Não será permitido o uso de calculadoras.
- **Preencha apenas uma letra (alternativa) para cada questão. Mais de uma resposta anulará a questão.**
- Observe que todas as respostas devem estar marcadas em **preto**, não cinza.
- O candidato só poderá sair após 2 horas e 30 minutos do início da prova.
- Somente será permitida a saída de um candidato da sala de exames quando acompanhado por um fiscal.
- As folhas de respostas que não forem entregues após **5 horas** do início da prova serão recolhidas.
- O caderno de prova **deverá ser entregue** ao final da prova, sugerimos que reserve alguns minutos da prova para copiar o gabarito na folha recebida, para posterior conferência com o gabarito oficial.
- A prova e o gabarito oficial serão divulgados a partir das 19 horas de 16/11/2014 pela *internet* nos sites: ***<http://www.fcm.unicamp.br/residências-em-saude>***

BOA PROVA!

VALORES DE REFERÊNCIA UTILIZADOS EM TODAS AS QUESTÕES

Hemograma

Hemoglobina (Hb)	Homem 13-17g/dL; Mulher 12-16g/dL
Hematócrito (Ht)	Homem 41-53%; Mulher 36-46%
VCM	78-100fL
HCM	26-34g/L
Eritrócitos	Homem 4,5-5,9 milhões/mm ³ ; Mulher 4,0-5,2 milhões/mm ³
Leucócitos	4,0-10,0 mil/mm ³ (neutrófilos 40-70%; bastões 0-10%; linfócitos 22-44%; monócitos 4-11%; eosinófilos 0-8%; basófilos 0-3%)
Linfócitos CD4	>2,0 mil/mm ³
Plaquetas	150-350 mil/mm ³
Reticulócitos	0,5-2,5%

Urina

Densidade	1001-1035
Osmolaridade	250-300 mOsm
pH	5,0-9,0
Proteína urina 24 h	<150 mg/24h
Sódio	40 a 220 mEq/24h
Relação albumina/creatinina	< 30 mg/g

Gasometria

pH	7,35-7,45
Pressão arterial de O ₂	83-108 mm Hg
Pressão arterial de CO ₂	35-45 mm Hg
Bicarbonato	21-28 mMol/L
Base excess	-3 a +3 mMol/L
Saturação de O ₂	>95%

Bioquímica sangue/soro/plasma

Ácido Úrico	2,5-8,0 mg/dL
Albumina	3,5-5,5 g/dL
Alfafetoproteína	< 8 ng/mL
ALT	< 35 U/L
AST	< 35 U/L
Bicarbonato (HCO ₃ ⁻)	22-30 mEq/L
Bilirrubina total	0,3-1,0 mg/dL
Bilirrubina direta	0,1-0,5 mg/dL
Bilirrubina indireta	0,1-0,7 mg/dL
BNP	10-94 pg/mL
C3	0,8-1,8 mg/dL
C4	0,2-0,6 mg/dL
Cálcio	9,0-10,5 mg/dL
Calcitonina	< 100 pg/mL
Creatinofosfoquinase	< 170 U/L
CK fração MB (CK-MB)	< 25 U/L
Cloro	98-106 mEq/L
Creatinina (Cr)	< 1,5 mg/dL
Ferritina	10-300 ng/mL
Ferro sérico	30-160 Lg/dL
Fibrinogênio	150-370 mg/dL
Folato	3.0-16.0 µg/L
Fosfatase alcalina	30-120 U/L
Fosfato	2,5-4,5 mg/dL
Gama-GT	Homem 08 a 61 U/L Mulher 05 a 36 U/L
Lactato	0,7-2,1 mmol/L
LDH	100-190 U/L
Potássio (K)	3,5-5,0 mEq/L
Paratormônio (PTH)	10 a 65 pg/ml
PTH-rP	<1,35 pMol/l
RNI	0,9-1,2
Sódio (Na)	136-145 mEq/L
T4 livre	0,7-1,8 ng/dL
T3	70-200 ng/dL
TSH	0,4 a 6,0 U/mL
Tempo de protrombina	10-14 segundos 70 a 100%
Tempo de tromboplastina parcial ativada	25-36 segundos Razão<1,2
Uréia (Ur)	10-20 mg/dL
Vitamina B12	160-700 ng/L
VHS	Homem < 10 mm/1h; mulher < 15 mm/1h

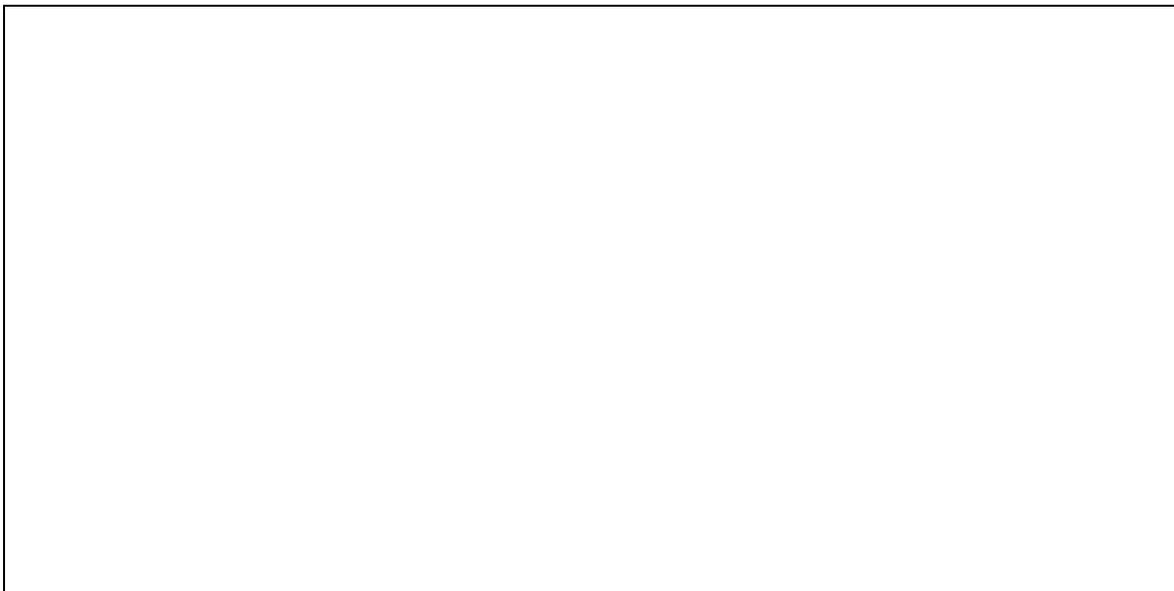
1. Paciente feminina, 74 anos, entra no consultório andando sem dispositivo de auxílio à marcha, acompanhada pela filha. Ela mora sozinha e é independente para as atividades básicas e instrumentais de vida diária. Queixa-se de ter problemas de memória e faz uso de medicação antidepressiva há cerca de três anos, logo após a morte do marido. Também sabe ser diabética há 20 anos, fazendo uso regular de metformina. Tem diagnóstico de artrose de joelho, informando que, em razão disso, faz hidroginástica semanalmente. Traz um exame de densitometria óssea que mostra osteoporose em região de colo de fêmur.

A. VOCÊ CONSIDERA QUE EXISTE RISCO DE QUEDA PARA ESSA PACIENTE.

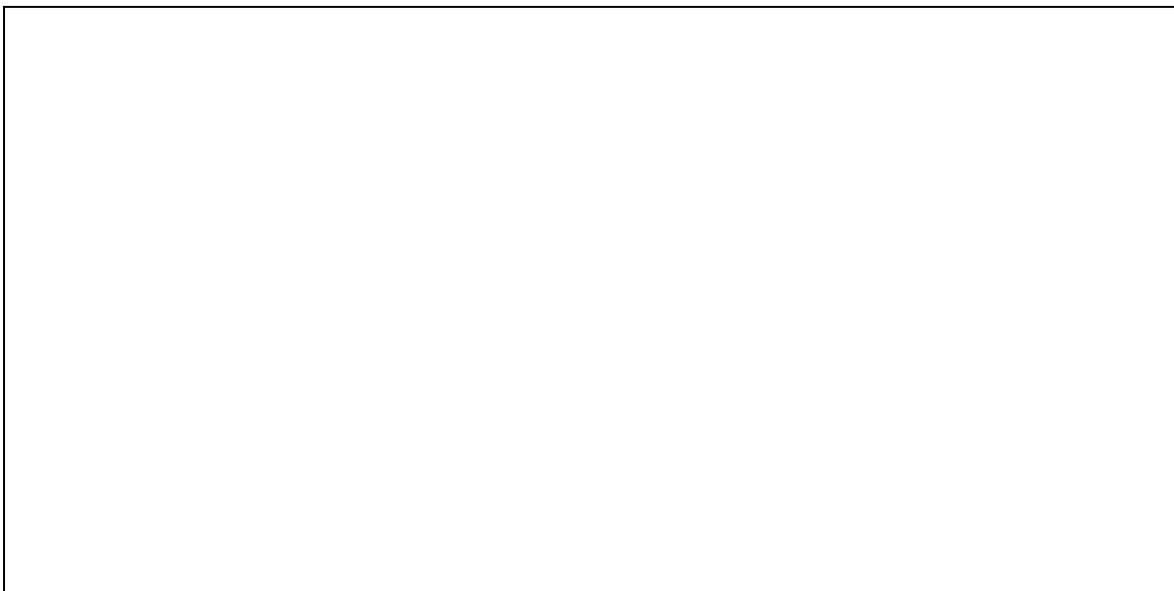
B. JUSTIFIQUE SUA RESPOSTA.

2. Considere a mesma paciente do quadro anterior que retorna um ano após essa consulta, apresentando, piora importante da função cognitiva, o que a levou a esquecer o fogão aceso, tendo provocado a explosão da panela de pressão.

A. VOCÊ CONSIDERA QUE EXISTE RISCO DE QUEDA PARA ESSA PACIENTE.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to provide an answer to question A.

B. QUAL CONDUTA VOCÊ ADOTARIA PARA A MESMA.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to provide an answer to question B.

3. Paciente masculino, 56 anos, vem à Unidade Básica de Saúde para renovar a receita. É hipertenso há quatro anos, em uso de Captopril 50 mg/ dia, Hidroclorotiazida 12,5 mg/dia e Propranolol 160 mg/dia. Tabagista de 40 anos/maço, há um ano com diagnóstico clínico e espirométrico de doença respiratória obstrutiva moderada com discreta melhora pós broncodilatador. Queixa-se de tosse crônica e “chiado” no peito diariamente, com piora a noite. Antecedente pessoal de trombose venosa profunda em perna esquerda durante viagem de ônibus, com linfedema crônico e dermatite ocre. Exame físico: PA = 140x100 mmHg (3 medidas), FC= 50 bpm, IMC 28kg/m², Cintura abdominal= 105 cm, FR= 20 irpm.

A. DEFINA OS QUATRO NÍVEIS DE PREVENÇÃO.

B. IDENTIFIQUE E, SE NECESSÁRIO EXPLIQUE, EM CADA NÍVEL A INTERVENÇÃO ADEQUADA PARA A PROMOÇÃO E MANUTENÇÃO DA SAÚDE DESSE PACIENTE.

4. Paciente masculino, 62 anos, com cirrose hepática criptogênica. Refere dispnéia há duas semanas. Estava em uso de espironolactona 100 mg e furosemida 40mg ao dia, além da dieta hipossódica com melhora clínica. Sem antecedentes de doença cardiopulmonar. Exame físico: Dispneico +/4, afebril, icterico ++/4, edema de MMII+/4, clinicamente sem ascite, RCR com 80 bpm, PA 100 x 60 mmHg, ausculta pulmonar diminuída em hemitórax direito. Laboratório: Hemácias = 3.200.000/mm³, leucócitos = 5.740/mm³, hct = 32%, Hb = 11,5, creatinina = 1,0 mg/dL, RNI = 3,5 e bilirrubina total = 4,0 mg/dL. Tomografia de tórax: derrame pleural moderado sem evidências de tumor, pneumonia ou doença pleural. Ultrassom de abdome: sem nódulos hepáticos ou trombose portal; ascite grau I. Realizada toracocentese de dois litros na qual houve acidente de punção. Resultado do liquido pleural: sanguinolento com 118.000 hemácias/mm³, leucócitos 1300/mm³, PMN 97%, linfócitos 3%,, proteínas < 1,4 g/dL, ADA negativo, glicose 104 mg/dL, DHL 180, ausência de células neoplásicas, cultura: sem crescimento bacteriano.

A. QUAL O DIAGNÓSTICO DO QUADRO PULMONAR?

B. QUAL O TRATAMENTO?

6. Paciente feminina, 65 anos tem dor e aumento de volume das articulações das mãos e joelhos há cinco anos. Ela acorda pela manhã com essa dor, que dura em torno de 20 minutos e que piora com o trabalho. Há dois meses vem piorando, progressivamente. Ao exame físico, tem crepitação seca nos joelhos e nodulações nas articulações interfalangianas distais e proximais com dor à palpação. Uma radiografia de uma das mãos foi realizada e é apresentada adiante.



A. QUE LESÕES SÃO OBSERVADAS NESSA RADIOGRAFIA.

B. QUAL É A SUA HIPÓTESE DIAGNÓSTICA.

7. Paciente masculino, 62 anos, Hipertenso estágio 2, diabético não insulino dependente, dislipidêmico, vem à Unidade Básica de Saúde com queixa de dispnéia progressiva há 20 dias, com piora há 2 dias. Ao exame: PA 130x70. FC 92 bpm. Sat O2 93% . Estase jugular bilateral pulsátil. Íctus no sexto espaço, para fora da linha hemiclavicular esquerda, três polpas digitais. BRNF presença de B3 foco mitral, hiperfonese de B2 foco pulmonar. MV presente, com estertores até campo médio e sibilos esparsos. Fígado palpável e doloroso. Membros com edema mole, não doloroso, frio, até joelhos. Pulsos presentes e simétricos.

A. BASEADO NA FISIOPATOLOGIA, EXPLIQUE OS SINAIS PROPEDEÚTICOS DO EXAME FÍSICO.

B. CLASSIFIQUE O QUADRO CARDIOLÓGICO AGUDO E SUGIRA A TERAPÊUTICA. (DIRETRIZ BRASILEIRA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA DESCOMPENSADA 2012, CLASSIFICAÇÃO CLÍNICO-HEMODINÂMICA).

8. Paciente feminina, 56 anos, com diagnóstico de diabetes tipo 2, sem outras comorbidades queixa-se há 3 dias de adinamia, calafrios e dor ventilatória dependente em hemitórax e hipocôndrio direitos. Apresenta pressão arterial= 108x52 mmHg, frequência cardíaca=128 bpm, frequência respiratória= 28 ipm, temperatura axilar= 37,6°C, com estertores em base de hemitórax direito, e dor à palpação de hipocôndrio direito, sem sinais de irritação peritoneal. Ultrassonografia *point-of-care* e tomografia de abdome mostram:



Da esquerda para a direita as figuras mostram: Base de pulmão esquerdo e direito; ápice de pulmão esquerdo e direito; tomografia de abdome.

A. CITE DUAS HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS SINDRÔMICAS.

B. DESCREVA O TRATAMENTO INDICADO PARA AS HIPÓTESES CITADAS NO ITEM A.

9. Paciente masculino, 41 anos, apresenta disfagia inicialmente para alimentos sólidos com progressão para líquidos, inapetência, emagrecimento de 10 kg nos últimos meses e dor no pescoço de forte intensidade. Nega febre, tosse, alteração de hábitos intestinal ou urinário. Nega tabagismo e etilismo. Ex. físico: Desidratado, descorado, emagrecido, eupneico, afebril e com trismo. Na oroscopia tem uma lesão vegetante de quatro cm em orofaringe à esquerda. Tem dois linfonodos palpáveis na cadeia cervical, um de sete cm à esquerda e outro de quatro cm de diâmetro à direita. Exames laboratoriais: Cálcio sérico: 10,5 mg/dL. Albumina sérica de 2,0 mg/dL. O exame anatomopatológico de biopsia da lesão mostrou um carcinoma epidermóide.

A. QUAL DEVE SER A CAUSA DA NEOPLASIA NESSE PACIENTE?

B. COMO DEVE SER INTERPRETADA A DOSAGEM DO CÁLCIO SÉRICO NESSE CASO?

10. Paciente com 42 anos de idade, sexo feminino, deu entrada no serviço de pronto atendimento com quadro agudo de afasia. Segundo acompanhante ela estava bem até quatro dias antes do quadro, quando referiu queixa de adinamia. Negava febre, trauma ou outras queixas. Ao exame físico apresentava-se descorada, discretamente icterica e afásica sem outras alterações. PA 130X85 mmHg. Na investigação inicial apresentava hemograma com Hb 6,5 g/dL, leucócitos 7200/ μ L (diferencial normal), plaquetas 17.000/ μ L reticulócitos 180.000/ μ L e presença de freqüentes esquisócitos no esfregaço do sangue periférico. Tomografia computadorizada de crânio normal.

A. QUAL A SUA HIPÓTESE DIAGNÓSTICA.

B. QUAL A MELHOR CONDUTA NESSE CASO.

