FUNDAÇÃO SÃO PAULO

Núcleo de Vestibulares e Concursos

Nucvest vestibulares e concursos

Residência Médica PUC-SP 2027

Resposta aos recursos

PROVA: Especialidade com Pré-Requisito em Clínica Médica

Questão: 3 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

Com base no definido pela OMS 2022, realmente existem alterações genéticas definidoras de Leucemia Mieloide Aguda mesmo com percentual menor do que 20%. Em geral com 10 a 20% de blastos. Seria muito incomum a presença de tais alterações em um paciente com 8% de blastos e com displasia multilinhagem. A questão não pedia o diagnóstico de certeza, mas sim o mais provável. E sem as alterações genéticas disponíveis, o mais provável diagnóstico é de Síndrome mielodisplásica com excesso de blastos tipo I. RECURSO INDEFERIDO

Questão: 4 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

Trata-se de paciente com HA sustentada, em tratamento medicamentoso. e, que está fora das metas propostas (130/80 mmHg), com 3 fatores de risco associadosa HA, que são: mulher com idade acima de 65 anos, tabagismo e doença CV.prematura em familiar de primeiro grau, masculino, antes dos 55 anos. Desse modo, conforme previsto no item 4.7 " cálculo do risco cardiovascular", na pg. 45 e no quadro 4.6 da última diretriz Brasileira de Hipertensão (Arq Bras Cardiol2025; 122(9), a paciente deve ser classificada como alto risco cardio vascular. (alternativa B). As demais alternativas não contemplam a adequada classificação de risco conforme recomendação da Diretriz, que prevê o uso do quadro 4.6 da pg. 47 ou o escore prevent, quando possível. Nesse caso, não há dados exatos de exames que permitam o cálculo pelo escore prevent, sendo então a aplicação dos dados clínicos do quadro 4.6 a forma possível e mais adequada para classificar o risco CV da paciente. RECURSO INDEFERIDO.

Questão: 8 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

Paciente com fatores de risco para eventos trombóticos tabagismo, uso de anticoncepcional, obesidade, com quadro de dispneia, palpitação e dor torácica e endurecimento na panturrilha D, o que nos remete ao diagnostico clinico mais provável de TVP complicada com tromboembolismo pulmonar (TEP) e sobrecarga de câmaras direitas. Ao analisar o ECG podemos facilmente observar presença de ondas p com critérios para ritmo sinusal, ondas R amplas maiores que S em derivações precordiais direitas , compatíveis com SVD, além de ondas apiculadas, mais evidente em DII, compatível com SAD (alternativa C), que são exatamente os achados que mais se correlacionam com a HD principal, TEP com repercussão hemodinâmica. Nenhuma outra alternativa contempla essas considerações. Vale ressaltar que, na pergunta, não foi mencionado sobre achado eletrocardiográfico patognomico ou obrigatório ou mais frequentemente observado nos casos de TEP, e sim, a alteração ECG que mais poderia se correlacionar com o caso específico da questão. RECURSO INDEFERIDO.

Questão: 12 - Decisão do Recurso: Deferido.

Parecer da Banca Examinadora:

Questão Anulada.

Questão: 13 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

A diretriz citada no recurso foi a mesma diretriz utilizada para elaborar a questão. A necessidade de investigação de hipoperfusão oculta ANTES da ressuscitação volêmica se aplica justamente aos cenários em que os sinais clínicos não sugerem choque, o que não é o caso do paciente da questão. Na resposta correta (B) não se fala em administração indiscriminada de fluidos, apenas em ressuscitação volêmica. O fato de outros exames não constarem no enunciado é proposital, justamente para valorizar os sinais clínicos "discretamente" alterados que podem sinalizar hipoperfusão mais grave no idoso. A alternativa C não contempla a recomendação da diretriz porque a identificação do uso de diuréticos e antidiabéticos não é prioridade - no trauma geriátrico, o uso prévio de anticoagulantes, antiplaquetários e betabloqueadores, por exemplo, tem prioridade maior. RECURSO INDEFERIDO. Referência: The 2023 WSES guidelines on the management of trauma in elderly and frailpatients.

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11140935

Questão: 21 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

Diante do caso exposto, e, de acordo m os dados enunciados, foi solicitada a melhor opção para cobertura dos agentes isolados. A alternativa correta é a melhor, comprovadamente de maior eficiência, não alternativa para a situação desse paciente. Favor consultar: Sanford Guide App version 7.2.11. RECURSO INDEFERIDO.

Questão: 22 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

A alternativa está correta segundo recomendações da referência utilizada, que é revisada periodicamente e de acordo com dados publicados. Favor consultar: Sanford Guide App Version 7.2.11 RECURSO INDEFERIDO.

Questão: 24 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

A escolha da droga que não apresenta espectro de ação dentre as alternativas é bastante fundamentada, inclusive é a única alternativa elegível. Discutir significado de expressão, definição de conceitos ou incluir referência de estudos publicados extrapolam o objetivo da questão. Favor consultar Antibiotic spectra em: Sanford Guide APP version 7.2.11. RECURSO INDEFERIDO.

Questão: 27 - Decisão do Recurso: Deferido.

Parecer da Banca Examinadora:

Questão Anulada.

Questão: 32 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

Para a International League Against Epilepsy (ILAE), um AVC isoladamente não define epilepsia; o diagnóstico depende da ocorrência de crises epilépticas não provocadas e do risco de recorrência. Epilepsia, em geral, é definida por: Duas crises não provocadas separadas por mais de 24 horas; ou uma crise não provocada com probabilidade de recorrência de pelo menos 60% nos 10 anos seguintes; ou Diagnóstico de uma síndrome epiléptica reconhecida. (Source: https://doi.org/10.1212/wnl.0000000000209865) Aplicação após AVC Momento da crise Classificação pela ILAE Define epilepsia? Durante o AVC ou até 7 dias Crise aguda sintomática Em geral, não, isoladamente Mais de 7 dias

após o AVC, sem fator precipitante agudo Crise não provocada remota sintomática Uma única crise geralmente preenche o critério de epilepsia pós-AVC, pelo alto risco de recorrência Mais de 7 dias, mas associada a hipoglicemia, distúrbio eletrolítico, intoxicação ou outro fator agudo Crise provocada/aguda sintomática por outra causa Não necessariamente epilepsia pós-AVC A literatura recente baseada na classificação da ILAE considera crises até 7 dias como agudas sintomáticas e crises não provocadas após esse período como remotas sintomáticas; estas são classificadas como epilepsia pós-AVC porque o risco de recorrência ultrapassa o limiar de 60% usado pela ILAE. RECURSO INDEFERIDO. (Source: https://doi.org/10.1002/ana.27301)

(Source: https://doi.org/10.1161/strokeaha.124.050045).

Questão: 35 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

RECURSO: INDEFERIDO. A questão em seu enunciado diz: Mulher de 48 anos, apresenta nódulo tireoidiano diagnosticado em exame de rotina com sua ginecologista. A seguir são fornecidas as características ultrassongráficas do nódulo e a questão pede a classificação do mesmo segundo o ACR TI-RADS e conduta. O nódulo tem (1) composição SÓLIDA = 2 pontos; (2) ecogenicidade HIPOECOICO = 2 pontos; (3) formato MAIS LARGO QUE ALTO = 0 pontos; (4) margens LISAS = 0 pontos; (5) focos ecogênicos PUNTIFORMES = 3 pontos. Somatória = 7 pontos. Conduta segundo o ACR TI-RADs para nódulo ≥1 cm = PUNÇÃO. É indicado no enunciado que o nódulo tem 1.2 cm. Portanto a conduta deve ser a PAAF. American College of Radiology. ACR TI-RADS — ficha de pontuação ultrassonográfica. www.acr.org. American College of Radiology. ACR TI-RADS — categorias e recomendações de PAAF. RECURSO INDEFERIDO.

Questão: 40 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

Os achados laboratoriais descritos na alternativa A estão completamente condizentes com o achado de uma Insuficiência renal aguda pré renal, porque os rins tentam poupar o máximo de água e sal. A relação sanguínea do aumento de ureia sobre a creatinina tende a ser elevar devido a saída de ureia do túbulo para o interstício (e sangue). A relação do BUN com a ureia é FIXA (o BUN mede apenas as moléculas de nitrogênio da ureia, enquanto a ureia completa tem outros elementos químicos em sua composição). Isso permite que se use o aumento maior ou menor de ureia (ou de BUN) sobre a creatinina para se avaliar se o aumento da relação está normal ou aumentado. O valor da ureia é sempre igual ao seu peso Atômico (60) e o do BUN, 28, ou seja, a ureia mensurada é sempre em torno de 2,14 vezes o valor do seu BUN. A informação do uso de diuréticos pelo paciente é desnecessária, porque o sódio urinário era baixo na alternativa correta. RECURSO INDEFERIDO.

Questão: 42 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

Várias referências atestam que o potássio pode ser utilizado até em velocidades de 40 mEq por hora. Portanto, a velocidade de 25,6 mEQ pode ser considerada em casos graves, como o do paciente em questão, que se queixava de dificuldades respiratórias (há que se considerar o risco de paralisia dos músculos respiratórios e necessidade de intubação para ventilação). É claro que concentrações maiores de potássio devem ser feitas sob condições de cateter central e preferencialmente sob vigilância rigorosa e de equipamentos de monitorização. Mas é indiscutível a necessidade de reposição rápida de potássio no caso. Se voce estivesse trabalhando em um local sem essas condições, vc poderia tentar uma reposição mais lenta (15- 20ml/hora), mas deveria também deixar contemplada uma transferência rápida para um local mais adequado, o que não está sendo oferecido na alternativa com reposição mais lenta, o que pressupõe condições ideais para a reposição do potássio mais rápida e sob via central. A pergunta era: Qual das alternativas abaixo ***MELHOR*** *representa um possível esquema de reposição intravenosa de potássio para Paulo? RECURSO INDEFERIDO.*

Questão: 43 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

O caso clínico do paciente é classicamente demonstrado como exemplo de alcalose metabólica e depleção volumétrica (o paciente estava desidratado ao exame). A Excreção urinária aumentada de potássio nesses casos é extremamente comum, devido a ativação do SRAA e ao aumento da absorção do sódio urinário. O bicarbonato sérico era considerado, sim, na alternativa. RECURSO INDEFERIDO.

Questão: 45 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

Diante dos fatos expostos, qual das alternativas abaixo representa a possível causa da glomerulonefrite de Paulo?

a) Glomerulonefrite associada ao anticorpo anti-citoplasma do neutrófilo.

b) Glomerulonefrite associada ao anticorpo anti-membrana basal glomerular.

c) Glomerulonefrite associada ao anticorpo anti-PLA2R.

d) Glomerulonefrite lúpica.

As glomerulonefríticas crescenticas constituem um quadro grave. Uma de suas classificações depende dos achados na imunofluorescência do tecido renal. A do nosso

caso, era uma pauci imune típica, geralmente associada as glomerulonefrites ANCA positivas, como na resposta A. A glomerulonefrítica lupica tem imunofluorescência para várias das substâncias testadas (IgM, IgG, complemento, etc). as glomerulonefrites das respostas B e C também têm imunofluorescências marcantes. RECURSO INDEFERIDO.

Questão: 47 - Decisão do Recurso: Indeferido.

Parecer da Banca Examinadora:

A única substância apresentada nas alternativas que pode ter uma ascensão sanguínea que se assemelha à ascensão da creatinina é a Cistatina C, resposta B. A Cistatina C pode dobrar seus níveis plasmáticos à cada metade de diminuição da função renal, como exposto no gráfico da ascensão da creatinina e, por essa razão, a Cistatina C é um marcador muito utilizado para calcular o Ritmo de Filtração Glomerular. O mesmo seria impossível para as substâncias apresentadas nas outras alternativas (Potássio, ácido úrico e sódio), que, se obedecessem ao mesmo comportamento sanguíneo da creatinina. Além de ser impossível a vidar com os níveis que seriam alcançados, deve se ressaltar que os níveis sanguíneos dessas substâncias tendem a ter comportamento errático, mas sempre próximos dos valores normais, até as fases finais da DRC. RECURSO INDEFERIDO.