

Caso Clínico 1

Mulher de 52 anos é encaminhada ao ambulatório por apresentar perda de massa óssea na vigência de tratamento para osteoporose pós-menopausa com antiabsortivos. Descobriu ter osteoporose em exames de rotina, na ocasião da menopausa, aos 50 anos, e nunca fez reposição hormonal. Apesar de estar sendo tratada com bisfosfonato há dois anos, vinha tendo uma significativa perda de massa óssea.

A paciente negou fraturas e litíase renal, referiu dieta rica em cálcio com complementação de cálcio oral 500 mg dia, e afirmou que se expunha pouco ao sol, sempre com protetores (filtros) solares. Negou doenças crônicas, com exceção de uma depressão que vem tratando com fluoxetina há 6 meses. Relatou que há vários casos de osteoporose na família e que sua genitora teve fratura de colo de fêmur aos 78 anos de idade.

Apresentava os seguintes exames complementares: cálcio total = 8,8 mg/dl (valor normal 8,5 à 10,2 mg/dl); fósforo = 2,5 mg/dl (valor normal 2,5 à 4,5 mg/dl); creatinina = 0,7 mg/dl (valor normal 0,5 à 1,1 mg/dl); TSH = 1,5 µUI/L (valor normal 0,3 à 4,5 µUI/L); PTH intacto = 80 pg/ml (valor normal 10 à 55 pg/ml); 25 Hidroxivitamina D = 16 ng/ml (valor normal > 30 ng/ml); CTX telopeptídeo carboxiterminal do colágeno tipo1 = 0,356 ng/ml (valor normal na vigência de bisfosfonatos < 0,200 ng/ml); calciúria 24h = 22 mg.

Diante do caso exposto, responda:

A) Qual a hipótese diagnóstica mais provável? (3,0)

HIPERPARATIREOIDISMO SECUNDÁRIO – A DEFICIÊNCIA DE VITAMINA D.

B) Por que houve perda persistente de massa mineral óssea na vigência do bisfosfonato? (3,0)

A DEFICIÊNCIA DE VITAMINA D DIMINUI A ABSORÇÃO DE CÁLCIO QUE POR SUA VEZ, ESTIMULA A SECREÇÃO DO PTH (PARATOHORMÔNIO) QUE A NÍVEL DE TECIDO ÓSSEO AUMENTA A REABSORÇÃO ÓSSEA, ELEVANDO OS NÍVEIS PLASMÁTICOS DE CÁLCIO. LEVANDO AO HIPERPARATIREOIDISMO SECUNDÁRIO.

C) Proponha o procedimento terapêutico mais adequado para essa paciente. (4,0)

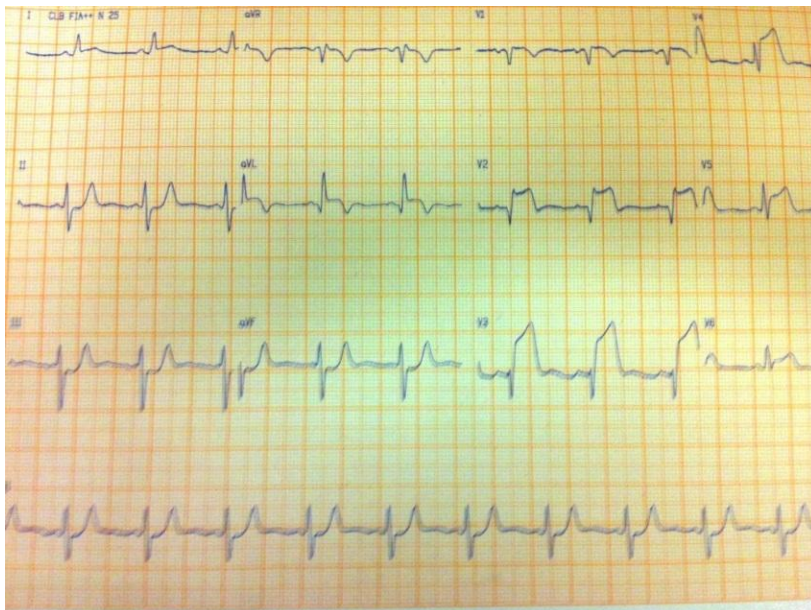
REPOSIÇÃO DA VITAMINA D MAIS SUPLEMENTAÇÃO DE CÁLCIO, ATIVIDADE FÍSICA E BANHOS DE SOL MATINAL. REAVALIAR EM 90 (NOVENTA) DIAS.

Caso Clínico 2

Homem de 57 anos, dislipidêmico, hipertenso e tabagista, com queixa de ter acordado há 2 horas devido a desconforto precordial em queimação, com irradiação para membro superior esquerdo, associado a náuseas e sudorese. Chega ao pronto-socorro com PA: 130x80mmHg; FC: 76bpm; ausculta pulmonar com estertores crepitantes em bases; ritmo cardíaco regular com presença de terceira bulha, sem sopro; extremidades bem perfundidas.

Considere o ECG ao lado.

Em relação a esse caso, responda:

**A) Qual o diagnóstico desse paciente? (2,0)**

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO ANTERIOR/ ANTERIOR EXTENSO COM SUPRADESNIVELAMENTO DO SEGMENTO ST.

OU

SCA COM SUPRADESNÍVEL DO SEGMENTO ST

B) A enfermeira avisa que não há cardiologista de plantão, e o Hospital com serviço de hemodinâmica mais próximo encontra-se distante a, aproximadamente, duas horas e trinta minutos. Qual deve ser a conduta do médico que atendeu esse paciente diante dessa situação? (6,0)

OXIGÊNIO, MONITORIZAÇÃO CARDÍACA, ACESSO VENOSO PERIFÉRICO (1 PONTO)

AAS, CLOPIDOGREL, HEPARINIZAÇÃO PLENA, NITRATO E MORFINA (2 PONTOS)

E TROMBOLÍTICO/FIBRINOLÍTICO, CASO NÃO HAJA CONTRA INDICAÇÕES (3 PONTOS)

Se colocar Betabloqueador, perde 1 ponto.

C) Qual é o medicamento habitualmente usado nas SCA que não deve ser prescrito para esse paciente? Justifique sua resposta. (2 PONTOS).

BETABLOQUEADOR. ALTO RISCO DE EVOLUIR PARA CHOQUE CARDIOGÊNICO (KILLIP II).

Apesar de IIb-IIIa não ser a resposta esperada, também não deve ser administrado neste paciente

Caso Clínico 3

Paciente masculino com 56 anos, 65 kg foi levado ao hospital por apresentar em seu domicílio episódio de confusão mental seguido de convulsão generalizada tônico-clônica. O paciente apresenta-se previamente hígido e não tem antecedentes patológicos. Foi internado com rigidez de nuca, rebaixamento do nível de consciência (Glasgow 11) e febre alta há um dia.

Prescreva cinco medicamentos **essenciais** para o **tratamento empírico** desse paciente.

- Respostas:

- I. CEFTRIAXONA 2G IV 12/12H (2,0)
- II. AMPICILINA 2-3G IV 6/6H (2,0)
- III. FENITOÍNA 100MG IV 8/8H (2,0)
- IV. DEXAMETASONA 4MG IV 8/8H OU 6/6H (2,0)
- V. ACICLOVIR 650 MG [10MG/KG] IV 8/8H (2,0)

Obs1: O candidato ganha 1,0 ponto se colocar o nome de cada droga, e 1,0 ponto pela dose e a forma de tomar o remédio.

Obs2: Considerar esquema alternativo no item I se o candidato associar ciprofloxacino 400 mg IV de 12/12h com ampicilina no item II.

Caso Clínico 4

Homem de 47 anos, etanolista, com passado de hematêmese, vinha em segmento ambulatorial e descontinuou. Foi atendido no pronto-socorro com vômitos sanguinolentos. O exame clínico evidenciou nível de consciência lúcido, orientado, palidez cutânea +/4+, pulso de 80 bpm, PA 120/80 mmHg, boa perfusão. Abdome sem megalias. Após 12 horas, realizou endoscopia digestiva alta cujo laudo apresentou a seguinte conclusão: “úlcera gástrica ativa e sem sinais de sangramento”.

Com base nas informações acima, responda:

A) Como você avalia esse paciente considerando o aspecto hemodinâmico e a magnitude da perda sanguínea? (3,0)

PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL (OU APRESENTANDO ESTABILIDADE HEMODINÂMICA) (2,0) COM PERDA SANGUÍNEA CONSIDERADA LEVE PELOS PARÂMETROS VITAIS (1,0).

- OU COM PERDA SANGUÍNEA DE PEQUENA MONTA
- OU COM PERDA SANGUÍNEA SEM REPERCUSSÃO HEMODINÂMICA
- OU COM PERDA SANGUÍNEA DE PEQUENA INTENSIDADE
- OU COM PERDA SANGUÍNEA/CHOQUE HEMORRÁGICO GRAU I
- OU COM PERDA SANGUÍNEA < 15%
- OU COM VOLUME DE PERDA (SANGUÍNEA) ESTIMADO < 750 ml

B) Como você classifica clinicamente essa forma de hemorragia digestiva alta? (3,0)

HEMORRAGIA DIGESTIVA NÃO VARICOSA.

C) Qual o estágio desse paciente segundo a classificação de Forrest? (2,0)

FORREST III (OU 3)

D) Qual o estágio desse paciente segundo a classificação de Sakita? (2,0)

SAKITA A

Caso Clínico 5

Mulher de 67 anos deu entrada no pronto-socorro por quadro de disartria e hemiparesia esquerda, há duas horas. A paciente tem histórico de DM, em uso de Metformina 850mg/dia HAS e de Losartana 50 mg/dia, e Dislipidemia, em uso de Sinvastatina 20 mg/dia. Na admissão, a paciente apresentava pressão arterial 200 x 110 mmHg, frequência cardíaca 92 bpm, glicemia capilar 110 mg/dL. Ao exame clínico, foi identificada disartria leve e hemiparesia completa grau III à esquerda. Na escala do “*National Institute of Health*”, a paciente tinha 9 pontos. Ao exame cardíaco, apresentou ritmo irregular, sugerindo fibrilação atrial. Uma tomografia de crânio, realizada após 45 minutos de sua chegada ao hospital, não revelou anormalidades.

Em relação a esse caso, responda:

A) Qual o diagnóstico provável dessa paciente? (2,0)

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO

B) Qual a provável etiologia? (2,0)

ISQUÊMICO/CARDIOGÊNICO

C) Qual a melhor conduta para essa paciente? (2,0)

TROMBÓLISE INTRAVENOSA

D) Como manejar a pressão arterial da paciente? (2,0)

ANTI-HIPERTENSIVO INTRAVENOSO PARA REDUZIR A PRESSÃO ARTERIAL ATÉ NÍVEIS SISTÓLICO DE 180MMHG E DIASTÓLICO DE 105MMHG

E) Cite dois outros exames complementares que auxiliam na definição da etiologia. (2,0)

ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO E ULTRASSOM DOPPLER DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS

OU ANGIOTOMOGRAFIA DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS/ VASOS INTRACRANIANOS

OU ANGIORRESSONÂNCIA DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS/ VASOS INTRACRANIANOS.

**Residência Médica – Seleção 2013 –
Prova de Clínica Médica
Expectativa de Respostas**