UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – HOSPITAL DE CLÍNICAS
DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA

Edital n°001/2011 – HC - Edital n°001/2010 – HT

Prova Específica – 07/11/2010

004 – Clínica Médica

INSTRUÇÕES

1. Aguarde autorização para abrir o caderno da prova.

2. Confira, abaixo, seu número de protocolo e nome. Assine no local indicado.

3. A interpretação das questões é parte do processo de avaliação, não sendo permitidas perguntas aos aplicadores de prova.

4. Nesta prova, as questões são de *múltipla escolha* com cinco alternativas cada uma, sempre na sequência a, b, c, d, e, das quais somente uma deve ser assinalada.

5. Ao receber o cartão-resposta, examine-o e verifique se o nome nele impresso corresponde ao seu. Caso haja irregularidade, comunique-a imediatamente ao aplicador de prova.

6. O cartão-resposta deverá ser preenchido com caneta esferográfica preta, tendo-se o cuidado de não ultrapassar o limite do espaço para cada marcação.

7. No cartão-resposta, a marcação de mais de uma alternativa em uma mesma questão, rasuras e o preenchimento além dos limites do círculo destinado para cada marcação poderão anular a questão.

8. Não haverá substituição do cartão-resposta por erro de preenchimento.

9. Não serão permitidas consultas, empréstimos e comunicação entre candidatos, bem como o uso de livros, apontamentos e equipamentos, eletrônicos ou não, inclusive relógio. O não-cumprimento dessas exigências implicará a exclusão do candidato deste concurso.

10. Os aparelhos celulares deverão ser desligados e colocados OBRIGATORIAMENTE no saco plástico. Caso essa exigência seja descumprida, o candidato será excluído do concurso.

11. Ao concluir a prova, permaneça em seu lugar e comunique ao aplicador de prova. Aguarde autorização para devolver o caderno da prova e o cartão-resposta, devidamente assinados, e a ficha de identificação.

12. O tempo para o preenchimento do cartão-resposta está contido na duração desta prova.

13. Se desejar, anote as respostas no quadro abaixo, recorte na linha indicada e leve-o consigo.

DURAÇÃO DESTA PROVA: 4 HORAS

Específica

INSCRIÇÃO	TURMA	NOME DO CANDIDATO

ASSINATURA DO CANDIDATO

✂ .....

RESPOSTAS									
01 -	06 -	11 -	16 -	21 -	26 -	31 -	36 -	41 -	46 -
02 -	07 -	12 -	17 -	22 -	27 -	32 -	37 -	42 -	47 -
03 -	08 -	13 -	18 -	23 -	28 -	33 -	38 -	43 -	48 -
04 -	09 -	14 -	19 -	24 -	29 -	34 -	39 -	44 -	49 -
05 -	10 -	15 -	20 -	25 -	30 -	35 -	40 -	45 -	50 -

01 - Considerando a relação da imunossupressão de alguns pacientes oncológicos e suas infecções mais comuns, assinale a alternativa que apresenta o tipo de câncer que tem maior associação com infecção por *Mycobacterium tuberculosis*, devido à função anormal das células T.

*a) Doença de Hodgkin.
b) Tumor de cólon.
c) Mieloma múltiplo.
d) Leucemia linfocítica crônica.
e) Câncer de mama.

02 - O uso de paracetamol em doses excessivas pode gerar lesão hepática bastante importante. Assinale a alternativa que NÃO representa um fator de risco relevante no mecanismo de lesão hepática por esse fármaco.

a) Uso de álcool cronicamente.
b) Idoso.
c) Uso de drogas metabolizadas pelo fígado concomitantes.
d) Doenças hepáticas pré-existentes.
*e) Fatores genéticos associados ao sistema imune.

O caso descrito abaixo corresponde às questões 03 e 04.

Paciente de 60 anos, masculino, pesando 50 kg, com diagnóstico de cirrose hepática há 2 anos, Child C, evoluiu há 2 dias com quadro de aumento de volume abdominal, dor abdominal difusa e febre. Procurou um serviço médico, sendo realizada paracentese de alívio, com retirada de 4,5 litros de líquido peritoneal. Esse líquido foi mandado para análise com demonstração de citologia com contagem de 300 PMN/mm^3.

O paciente fazia uso previamente de furosemida em dose de 120 mg/d e espironolactona em dose de 100 mg/d. Excetuando a cirrose hepática, o paciente desconhecia outras patologias e negou inclusive ter notado melena ou hematêmese.

Ao exame, o paciente apresentava-se normotenso, afebril, lúcido e orientado no tempo e no espaço. Não demonstrava tremores nas mãos quando seguradas em extensão.

O médico atendente solicitou exames de entrada que demonstraram:

Hemograma sem alterações
Creatinina de 1.0 mg/dl (n: 1.04 mg/dl)
Parcial de urina normal, inclusive sem proteinúria

No dia seguinte, a enfermagem veio avisar ao médico assistente que o paciente apresentou diurese de 300 ml nas 24 h. Então procederam com infusão de albumina e soro fisiológico. Porém não houve melhora na diurese. Naquele momento, o paciente permanecia normotenso e afebril. Foram solicitados novos exames, que demonstraram um aumento de creatinina para 2.8 mg/dl.

03 - Sobre esse caso, quais os diagnósticos mais prováveis?

a) Peritonite bacteriana espontânea e choque séptico.
b) Encefalopatia hepática e necrose tubular aguda.
c) Hemorragia digestiva alta e choque hipovolêmico.
*d) Peritonite bacteriana espontânea e síndrome hepatorrenal.
e) Pancreatite com roubo de líquido para cavidade abdominal.

04 - Nesse caso, qual seria a conduta mais correta a ser introduzida?

*a) Cefalosporina de terceira geração e terlipressina com albumina.
b) Endoscopia digestiva alta de emergência e transfusão sanguínea.
c) Soro fisiológico e dobutamina.
d) Soro fisiológico e midodrina.
e) Midodrina e octeotride.

05 - Os efeitos colaterais são comuns no uso de quimioterápicos. Nesse sentido, numere a coluna da direita de acordo com sua correspondência com a coluna da esquerda, relacionando cada medicamento com o respectivo efeito colateral.

1. Doxorrubicina.	**( ) Fibrose pulmonar.**
2. Bleomicina.	**( ) Catarata.**
3. Ciclofosfamida.	**( ) Insuficiência cardíaca.**
4. Corticoide.	**( ) Cistite hemorrágica.**

Assinale a alternativa que apresenta a numeração correta da coluna da direita, de cima para baixo.

a) 3 – 4 – 1 – 2.
b) 2 – 4 – 3 – 1.
c) 1 – 3 – 4 – 2.
*d) 2 – 4 – 1 – 3.
e) 4 – 2 – 3 – 1.

O caso descrito abaixo corresponde à questão 06.

Paciente feminina, com diagnóstico prévio de obesidade mórbida, submetida a cirurgia bariátrica há 3 anos, vem ao pronto-atendimento (PA) com queixa de astenia e palidez. O médico que a acompanha ambulatorialmente tinha prescrito complexos vitamínicos e sulfato ferroso, os quais a paciente não vinha tomando há 6 meses. No PA solicitaram exames laboratoriais, e o hemograma se caracterizava por uma anemia importante, com volume corpuscular médio elevado e um leucograma e plaquetas no limite inferior da normalidade. Tinha LDH elevado naquele momento. Ao exame físico, a paciente estava em bom estado geral, pálida, com pressão arterial de 100/50 mmHg, pulso de 72 bpm e afebril. As jugulares não estavam engurgitadas e a ausculta pulmonar era limpa. Negava qualquer outra sintomatologia ou doença anterior. Os exames parcial de urina, lipase, amilase, enzimas hepáticas e bilirrubinas eram todos normais. Às 16:00 h o médico do PA transfundiu 2 unidades de concentrado de hemácias. Às 19:00 h houve a troca de plantão, você reavaliou a paciente após terminada a transfusão e ela relatou estar melhor dos sintomas que a trouxeram. Você até estava cogitando dar-lhe alta. Entretanto, às 21:00 h a acompanhante da paciente o chama, pois ela se queixava de dispneia. Na reavaliação, apresentava frequência respiratória de 40, pressão arterial de 190/120 mmHg, ausculta pulmonar com crepitações bilaterais e jugulares normais. Com relação a esse caso, você solicita exames, que demonstram:

- RX de tórax com infiltrados bilaterais sem sinais de derrame pleural.
- gasometria com saturação de 88% em ar ambiente.
- enzimas cardíacas todas normais.
- ecocardiografia sem sinais de hipertensão pulmonar ou de acinesias de parede. Fração de ejeção e encurtamento percentual normais.
- dímero D indetectável.

06 - Você introduziu oxigênio sob cateter nasal, medicação sintomática e suspendeu a alta. Às 8:00 h da manhã seguinte, a paciente estava sem sintomas. Sob esse quadro clínico, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico da paciente.

a) Choque séptico.
b) Insuficiência cardíaca descompensada por excesso de volume.
*c) Injúria aguda pulmonar relacionada a transfusão (TRALI).
d) Tromboembolismo pulmonar.
e) Infecção pelo vírus da Influenza A.

07 - Paciente masculino com 20 anos vem com queixa de tosse persistente de longa data, produtiva e de característica purulenta. Relata falta de ar com os esforços. Há 3 anos sua mãe o levou ao pneumologista que realizou RX de tórax, que demonstrava presença de bronquiectasias em bases pulmonares. Naquela época o pneumologista interrogou sobre diarreia crônica, e ele negou. Também neste momento não apresenta tal sintomatologia. Nesse acompanhamento realizou exames, trazendo um hemograma normal, PPD não reator, pesquisa de BAAR no escarro negativa, pesquisa de gordura nas fezes negativa e espermograma com azospermia. Fez também um teste do suor, com valores de Cl discretamente elevados. Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico desse paciente.

a) Fibrose cística tipo I.
b) Fibrose cística tipo II.
c) Fibrose cística tipo III.
*d) Fibrose cística tipo IV.
e) Tuberculose.

O caso relatado a seguir corresponde às questões 08 e 09.

O paciente JCMF, 26 anos, chega ao seu consultório com semblante bastante taciturno e relata que há 3 anos vem apresentando quadro de sonolência excessiva durante o dia, e nesse período já se acidentou com o carro 2 vezes, devido a esse sintoma. Informa ainda que quando sorri ou fica nervoso apresenta fraqueza de todo o corpo, chegando a cair no chão. Relata que nesses momentos não perde a consciência, fato que levava muitas pessoas a acreditarem que os sintomas eram “fingimento”. Perguntado sobre o seu sono, ele informa que frequentemente acorda durante o sono, e por aproximadamente 2 minutos não consegue se mover, e que, em outras ocasiões, vivencia o seu sonho. Realizou um exame de polissonografia, no qual apresentou um índice de apneia e hipopneia de 2 apneias por hora, sem presença de movimentos periódicos dos membros, e um teste de múltiplas latências do sono, com identificação de sono REM em 3 oportunidades.

08 - Qual o diagnóstico do paciente descrito acima?

a) Síndrome das pernas inquietas.
b) Síndrome conversiva.
c) Distúrbio comportamental do sono REM.
*d) Narcolepsia.
e) Síndrome da apneia e hipopneia do sono.

09 - Assinale a alternativa que apresenta o melhor tratamento do caso exposto acima.

*a) Introdução de modafinil e fluoxetina.
b) Introdução de aparelho intraoral.
c) Introdução de pramipexole.
d) Introdução de diazepam.
e) Introdução de CPAP.

10 - Um paciente masculino de 33 anos chega ao pronto-atendimento com quadro de dor tipo cólica, localizada em região de flanco direito e com irradiação para a fossa ilíaca homolateral. Foi solicitado um parcial de urina, que demonstrava hematúria, e um RX de abdome simples, com resultado normal. Entretanto o médico plantonista, desconfiando de nefrolitíase, solicitou uma tomografia computadorizada de vias urinárias, que evidenciou um cálculo de 10 mm. Considerando que o RX de abdome foi realizado com bom preparo e o laudo de normalidade foi confirmado com outro radiologista, qual a provável composição desse cálculo?

a) Oxalato de cálcio.
b) Fosfato de cálcio.
c) Cisitina.
d) Estruvita.
*e) Ácido úrico.

11 - Paciente feminina de 46 anos, previamente hígida, procurou o hospital com quadro de dispneia súbita, ao repouso, de início há 2 horas. Tinha associação com dor pleurítica e tosse seca. Relatava história familiar de 2 irmãos que faleceram abruptamente com sintomas parecidos. Negava tabagismo ou etilismo. Ao exame físico apresentava-se sonolenta, taquicárdica e dispneica, com saturação de O_2 de 89%. Tinha pressão arterial de 80/45 mmHg. O médico solicitou exames laboratoriais, que apresentaram hemograma normal, com troponinas discretamente elevadas. Foi realizada também uma ecocardiografia, a qual revelou disfunção do ventrículo direito, com hipotensão pulmonar severa. Logo a seguir foi submetida ao exame de angiotomografia pulmonar, que demonstrou falha de enchimento nas artérias do lobo médio e inferiores. A paciente foi entubada, porém permanecia hipotensa. Assinale a alternativa que apresenta a terapêutica de escolha para o caso.

a) Introdução de aspirina e nitroglicerina endovenosa.
b) Introdução de enoxaparina e warfarina.
*c) Introdução de trombolítico.
d) Introdução de filtro de veia cava.
e) Cateterismo cardíaco com introdução de stent em artéria circunflexa.

12 - Paciente feminina de 24 anos realiza exames de rotina e vem com exames laboratoriais com hemograma normal, TSH de 10 mcg/ml (normal: 0.4 a 2.5 mcg/ml) e T4 livre de 0.7 ng/ml (normal: 0.8 a 2.0 ng/ml). Trazia também anticorpo antitireoglobulina e antiperoxidase tireoidiana francamente positivas e TRAB negativo. Assinale a alternativa que apresenta a condução correta desse caso.

a) Introdução de metimazol.
*b) Introdução de tiroxina.
c) Conduta expectante com seguimento anual e repetição dos exames nesse período.
d) Introdução de corticoide.
e) Introdução de iodo radiativo.

13 - A paciente descrita acima (questão 12) inicia com alteração do nível de consciência, mioclonias e convulsão tônico-clônica. Realiza punção lombar, que demonstra proteinorraquia elevada, com glicose normal e pleocitose linfocítica. Tem culturas do líquido pleural para micobactérias, germes comuns e fungos todas negativas. Realiza também uma eletroencefalografia (EEG), que demonstra atividade lentificada. A ressonância nuclear magnética de encéfalo é normal. O médico que a assistia introduziu corticoide, e a paciente apresentou melhora substancial, inclusive normalizando o EEG. Considerando essa evolução do caso, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico desse quadro.

a) Tremor da doença de Graves.
b) Meningite.
c) Acidente vascular cerebral.
*d) Encefalopatia de Hashimoto.
e) Esclerose múltipla.

O caso descrito a seguir corresponde às questões 14 e 15.

Um paciente masculino de 16 anos procura o atendimento médico com quadro de febre há 1 mês, associado a dor de garganta e mal-estar geral desde esse período. Ao exame demonstrava um eritema difuso na faringe, com aumento das tonsilas e presença de exsudato membranoso. Tinha também a presença de linfonodomegalia cervical posterior, bilateral, dolorosa e não aderida. Apresentava discreta esplenomegalia na avaliação do abdome. Trazia exames laboratoriais demonstrando hemograma com leucocitose importante e linfocitose com grande quantidade de linfócitos atípicos (> 15%). Tinha dosagem de anticorpos heterofílicos em uma concentração maior que 50 vezes o normal e anti-HIV negativo. Todos os demais exames eram normais. Foi atendido por outro médico, que introduziu ampicilina e desenvolveu quadro de rash macular.

14 - Assinale a alternativa correspondente ao diagnóstico do caso relatado.

*a) Mononucleose infecciosa.
b) HIV.
c) Faringite estreptocócica.
d) Influenza.
e) Adenovírus.

15 - O paciente mostrou preocupação, pois não está recuperado e gostaria de saber quais as possíveis complicações que sua doença poderia acarretar. Assinale a alternativa que NÃO está associada a possível complicação da doença acima descrita.

a) Anemia hemolítica.
b) Púrpura trombocitopênica trombótica.
c) S. Guillain-Barré.
d) Ruptura esplênica.
*e) Cardite reumática.

16 - Uma mulher de 54 anos vem à consulta com queixas de fraqueza muscular, mialgias e perda de peso iniciadas há cinco meses. Laboratorialmente, constatou-se fósforo sérico de 1,2 mg/dl, cálcio sérico de 8,2 mg/dl e fosfatúria de 2000 mg/dia. A radiografia de coluna vertebral demonstrou perda de trabeculação óssea e o raio X de colo de fêmur revelou áreas de pseudofraturas. O diagnóstico é:

a) hipercalcemia humoral da malignidade.
b) câncer medular de tireoide.
c) secreção ectópica de hormônio adrenocorticotrópico (ACTH).
*d) osteomalácia oncogênica.
e) síndrome de Eaton-Lambert.

17 - Uma mulher de 28 anos, em pós-parto há 13 semanas, apresenta-se com queixas de fadiga, anorexia, perda de peso, dores articulares, hipotensão ortostática e escurecimento progressivo da pele. Qual das alternativas abaixo corresponde ao diagnóstico?

a) Hemocromatose hereditária.
b) Síndrome de Sheehan.
c) Uso crônico de corticosteroide.
d) Deficiência de hormônio adrenocorticotrópico (ACTH).
*e) Insuficiência adrenal primária.

18 - Em um paciente de 18 anos de idade, com história de amigdalite recente, em uso de antibiótico e anti-inflamatório não-hormonal, o achado de hipertensão arterial, aumento da creatinina sérica, fração excretora de sódio maior que 1%, rins de tamanho normal ou aumentado, hematúria com proteinúria moderada (menor que 1 g/dia) e cilindros leucocitários na urina, sugere o diagnóstico de:

a) glomerulopatia de lesões mínimas.
b) crioglobulinemia mista.
*c) nefrite intersticial aguda.
d) ateroembolismo por êmbolos de colesterol.
e) amiloidose primária.

19 - Sobre a hipertrigliceridemia familiar, considere as seguintes afirmativas:

1. É uma desordem autossômica dominante que afeta entre 1 e 2 % da população geral.
2. É caracterizada por uma superprodução elevada de triglicerídeos.
3. O risco cardiovascular nesses pacientes está três vezes aumentado.
4. Além do aumento dos níveis séricos de triglicerídeos, há um elevado aumento no LDL colesterol.

Assinale a alternativa correta.

a) Somente a afirmativa 2 é verdadeira.
*b) Somente as afirmativas 1 e 2 são verdadeiras.
c) Somente as afirmativas 1 e 3 são verdadeiras.
d) Somente as afirmativas 2, 3 e 4 são verdadeiras.
e) As afirmativas 1, 2, 3 e 4 são verdadeiras.

20 - Em relação ao tratamento da rabdomiólise, considere as seguintes afirmativas:

1. A hidratação é importante, para que se evite o choque hipovolêmico e a hipercalemia.
2. A alcalinização da urina minimiza os efeitos tóxicos da mioglobina nos túbulos renais.
3. Devemos objetivar um débito urinário de 200 ml/hora, pH urinário entre 6 e 7, pH sanguíneo abaixo de 7,50.
4. Quando causada por grandes traumatismos, com CPK maior que 20000, o uso de manitol está recomendado.

Assinale a alternativa correta.

a) Somente a afirmativa 3 é verdadeira.
b) Somente as afirmativas 1 e 2 são verdadeiras.
c) Somente as afirmativas 3 e 4 são verdadeiras.
d) Somente as afirmativas 1, 2 e 3 são verdadeiras.
*e) As afirmativas 1, 2, 3 e 4 são verdadeiras.

21 - Paciente feminina, 25 anos de idade. Refere quadro de cefaleia episódica pulsátil desde os 15 anos de idade, com crises a cada 20 dias, duração de 8 horas, em região fronto-temporal, geralmente unilateral e de forte intensidade. Refere náuseas associadas às crises. Nega outras doenças. Apresenta exame neurológico dentro da normalidade. Em relação ao quadro clínico da paciente, assinale a alternativa correta.

a) É a mais frequente entre as cefaleias primárias, ocorrendo em 25% da população.
b) A duração das crises entre 2 e 48 horas faz parte dos critérios diagnósticos.
*c) Um subtipo da doença está relacionado à mutação do canal de cálcio.
d) Inibidor seletivo de recaptação da serotonina é a primeira escolha no tratamento profilático para as crises de cefaleia.
e) 5% dos pacientes apresentam sintomas focais, conhecidos como aura, associados à cefaleia.

22 - Em relação ao déficit cognitivo leve, é correto afirmar:

a) O paciente deve ter história de demência familiar.
b) As funções cognitivas raramente estão preservadas.
c) Há uma interferência significativa no trabalho e nas atividades sociais de rotina.
*d) A taxa anual de evolução para demência nesses pacientes está em torno de 15%.
e) O tratamento com anticolinesterásicos reduz significativamente o risco para demência futura.

23 - Assinale a afirmativa correta em relação à esclerose múltipla.

*a) Durante a gestação, ocorre redução da atividade da doença.
b) A esclerose múltipla não apresenta predileção entre os sexos.
c) O sintoma de Lhermitte não ocorre em pacientes com mielite cervical pela esclerose múltipla.
d) O diagnóstico de esclerose múltipla somente pode ser confirmado após a ressonância magnética de crânio demonstrar disseminação no tempo e no espaço.
e) Não existem fatores genéticos relacionados à esclerose múltipla.

24 - Em relação à prevenção secundária de pacientes com história de acidente vascular encefálico isquêmico (AVEi), é correto afirmar:

a) Aspirina reduz o risco de recorrência de um novo AVEi em torno de 10%.
b) Clopidogrel reduz o risco de recorrência de um novo AVEi em torno de 12%.
c) Warfarina está indicada em pacientes com AVEi devido a estenose de artéria cerebral média.
*d) Endarterectomia está indicada em pacientes com AVEi ipsilateral a estenose de artéria carotídea interna maior que 70%.
e) Considera-se ataque isquêmico transitório quando ocorre resolução completa dos sintomas em 24 horas, independentemente do estudo de imagem.

25 - Em relação às demências, assinale a alternativa correta.

a) Na degeneração lobar fronto-temporal são comuns alucinações auditivas e visuais.
*b) Na demência com corpos de Lewy é comum a presença de parkinsonismo.
c) A demência com corpos de Lewy apresenta distúrbios de linguagem em sua fase inicial.
d) Na doença de Huntington, distonia e parkinsonismo são manifestações precoces.
e) Amnésia anterógrada é manifestação tardia na doença de Alzheimer.

26 - Em relação ao coma, assinale a alternativa correta.

a) A ausência de reflexo pupilar após 72 horas de uma parada cardiorrespiratória é fator de bom prognóstico.
b) A administração de tiamina deve ser associada à infusão de soro glicosado, pelo risco de encefalopatia de Binswanger.
*c) O estudo eletroencefalográfico é geralmente normal na síndrome do cativeiro.
d) Naloxone (0,2 mg IV) é um potente antagonista diazepínico e deve ser utilizado nos pacientes em coma.
e) Nas lesões cerebrais traumáticas, considera-se estado vegetativo decorridos 30 dias da lesão.

***27 - Considerando os critérios prognósticos (critérios de Ranson) da pancreatite aguda, assinale a alternativa que NÃO apresenta parâmetro para esse índice prognóstico.**

a) Idade acima de 55 anos na admissão.
b) Contagem de leucócitos acima de 15.000/µL nas 48 horas após a admissão.
c) Glicemia acima de 200 mg/dL nas 48 horas após a admissão.
d) Cálcio menor que 8 mg/dL nas 48 horas após a admissão.
e) PaO_2 abaixo de 60 mmHg nas 48 horas após a admissão.

(*) – Questão anulada, portanto todos os candidatos serão pontuados.

28 - Assinale a afirmativa correta.

a) Deficiência de vitamina A é causa de cegueira noturna e hipertensão intracraniana benigna.
b) Deficiência de vitamina C está presente em pacientes com abetalipoproteinemia.
c) Deficiência de vitamina B6 é causa a encefalopatia de Wernicke.
d) Degeneração combinada subaguda ocorre devido a carência de vitamina E.
*e) Demência é manifestação neurológica da deficiência de vitamina B12.

*29 - **NÃO são manifestações clínicas da arterite temporal:**

a) Neuropatia óptica isquêmica anterior e anemia.
b) Febre e amaurose fugax.
c) Mononeurite múltipla e claudicação de mandíbula.
d) Cefaleia e diplopia.
e) Elevação da velocidade de hemossedimentação e evento vascular cerebral isquêmico.

(*) – Questão anulada, portanto todos os candidatos serão pontuados.

30 - Assinale a alternativa correta.

a) São considerados fatores de risco para complicações da malária: infecção em adulto não imune, crianças ou gestante, infecção por *P vivax* e parasitemia acima de 2% em primoinfectados.
*b) A presença dos sinais de alerta para as formas complicadas da malária são: hipoglicemia, convulsão, vômitos, hiperpirexia, icterícia e distúrbios de consciência.
c) A complicação mais frequente da malária é o comprometimento neurológico.
d) O diagnóstico clínico da malária sempre deve ser confirmado pelos métodos laboratoriais, uma vez que a indicação da terapia somente pode ser feita após a identificação do parasita.
e) A associação de drogas para o tratamento da malária contribui para a prevenção do surgimento de formas resistentes.

31 - Paciente do sexo masculino, 34 anos, solteiro, procurou ambulatório de infectologia porque em exames de rotina descobriu que era portador de HIV e tinha queixas de infecções de garganta (sic) nos últimos 2 meses. Apresentou um CD4 < 350 cels e uma carga viral do HIV no limite máximo de cópias. Também é portador de hepatite B, anti-Hbe negativo. Qual a melhor opção de tratamento?

a) AZT + LAM + EFZ.
b) AZT + LAM + atazanavir.
*c) TDF + LAM + ITRNN/ou IP.
d) INF + TDF + LAM.
e) SMX + TMP.

32 - Paciente de 25 anos, mulher, com história prévia de síndrome de Wolf-Parkinson-White, apresenta-se com história de exoftalmia, perda ponderal de 10 kg, tremores, intolerância ao calor nos últimos 2 meses. Exames compatíveis com crise tireotóxica. Temperatura 38,2 ºC. Sintomas de palpitações com 5 dias de evolução. Ao exame: PA 150/60 mmHG; FR 22 ipm; SAT O_2 95%. Realizado ECG: fibrilação atrial com FC aproximada 160–170 bpm. RX com área cardíaca normal. Qual medicação para controle de frequência você escolheria com segurança no caso acima?

a) Amiodarona.
b) Atenolol.
c) Verapamil.
d) Digoxina.
*e) Propafenona.

33 - Paciente de 65 anos, diabético, hipertenso, tabagista com história de dor torácica opressiva, precordial com 4 horas de evolução de característica intermitente (duração de 30 min.) e irradiação para MSE. ECG com corrente de lesão subendocárdica em derivações laterais V5, V6, D1, aVL. Laboratório com troponina elevada. Em relação ao uso de antiplaquetários e antitrombóticos utilizados na síndrome coronariana aguda acima, qual das alternativas apresenta a opção correta?

a) AAS, clopidogrel, heparina, abciximab.
b) AAS, heparina, tirofiban, bivalirudina.
c) AAS, clopidogrel, ticlopidina, enoxaparina, tirofiban.
d) AAS, clopidogrel, heparina, tirofiban, abciximab.
*e) AAS, clopidogrel, heparina, tirofiban.

34 - Paciente de 45 anos, previamente sem doenças e medicações, chega no pronto-socorro com história de uma hora de evolução de cefaleia, confusão mental, turvação visual e diplopia. No exame físico apresentava PA 220/130, FC 110 bpm. Em relação ao caso, é correto afirmar:

a) Trata-se de um caso de urgência hipertensiva, necessitando de nitroprussiato em ambiente de UTI.
*b) Na RNM de crânio desse paciente, um dos diagnósticos prováveis seria leucencefalopatia posterior reversível.
c) Em caso de uso de cocaína, com descarga adrenérgica secundária, o uso de metoprolol estaria indicado.
d) Caso o paciente estivesse na vigência de síndrome coronariana aguda, a medicação de escolha seria nitroprussiato EV.
e) Em caso de uso contínuo de doses elevadas de nitroprussiato, existe o risco de methemoglobinemia.

35 - Paciente com história de IAM em parede anterior há 6 semanas. Na admissão, avaliado com queixas de dor precordial ventilatória dependente. Ao exame: PA 120/70, FC 76 bpm, FC 21 ipm, temp. de 37,8 ºC. BC rítmicas normofonéticas sem sopros. Atrito pericárdico e pleural. Sem edemas. Laboratório com marcadores de lesão miocárdica negativos e hemograma normal. VHS 50 mm/1h. ECG compatível com área de necrose em parede anterior. Ecocardiograma com discinesia ântero-apical. Fração de ejeção de 40%. RX com presença de derrame pleural pequeno bilateral.

Em relação a esse caso, é correto afirmar:

a) Dor torácica 5 semanas após IAM sugere angina pós-infarto.
b) Apresenta quadro compatível com pericardite crônica pós-IAM.
c) Paciente com quadro sugestivo de tromboembolismo pulmonar.
d) Nesse caso, o aumento de VHS e temperatura sugere endocardite bacteriana após cateterismo cardíaco.
*e) Trata-se de um caso de síndrome de Dressler.

36 - Em relação ao tromboembolismo pulmonar (TEP), é correto afirmar:

*a) A dosagem de d-dímero reduz em aproximadamente 20% a necessidade de investigação subsequente de TEP em pacientes internados.
b) Em pacientes instáveis em UTI, o diagnóstico por angio TC deve ser a primeira escolha.
c) Alteração de troponina em um paciente com TEP indica embolia paradoxal com IAM associado.
d) A janela para realização de trombólise em TEP é de 24 horas do início dos sintomas.
e) Angiorressonância apresenta sensibilidade superior a angiotomografia de tórax.

37 - O diagnóstico de morte encefálica (ME) tem que ser realizado com extremo cuidado e deve seguir o que foi estabelecido pelo Conselho Federal de Medicina. Sobre ME, é correto afirmar:

a) A irreversibilidade da ME autoriza, legal e eticamente, o médico a retirar o suporte terapêutico utilizado até o momento de sua determinação, o que é considerado eutanásia.
b) O intervalo mínimo entre as duas avaliações clínicas necessárias para a caracterização da ME a partir dos 6 meses de idade é de 6 horas.
c) Os exames complementares a serem observados para constatação de ME deverão demonstrar de forma inequívoca ausência de atividade elétrica cerebral ou ausência de atividade metabólica cerebral ou presença de discreta perfusão sanguínea cerebral.
d) Os parâmetros clínicos a serem observados para constatação de ME são coma aperceptivo com ausência de atividade espinhal e apneia.
*e) A data e a hora registradas na declaração de óbito serão as mesmas da determinação de morte encefálica, e não a hora da retirada do respirador.

38 - A epilepsia mioclônica juvenil (EMJ) é a mais frequente entre as epilepsias generalizadas idiopáticas, e sobre ela é correto afirmar:

a) A EMJ é clinicamente caracterizada por crises mioclônicas, crises generalizadas tônico-clônicas e crises parciais complexas.
*b) O exame neurológico geralmente não apresenta alterações, e o eletroencefalograma interictal pode ser normal.
c) A carbamazepina e a fenitoína são as drogas antiepilépticas de escolha para o tratamento da EMJ.
d) As crises mioclônicas ocorrem principalmente à noite, e as crises generalizadas tônico-clônicas ocorrem em menos de 5% dos portadores de EMJ.
e) O valproato de sódio é a droga antiepiléptica de escolha, e deve ser retirado após 2 anos de controle das crises convulsivas.

39 - Estado de mal convulsivo (EMC) pode ser definido como crises convulsivas recorrentes sem recuperação de consciência e crise convulsiva prolongada com duração de 30 minutos. Nessa situação específica, é correto afirmar:

a) A fenitoína deve ser feita de forma endovenosa, a uma velocidade de infusão de 200 mg/minuto.
*b) A combinação de benzodiazepínicos, fenitoína e fenobarbital controla a maioria dos casos de EMC. Os pacientes que não respondem são denominados portadores de EMC refratário e apresentam indicação de coma induzido.
c) Pacientes com epilepsia não iniciam o seu quadro com EMC, porque este sempre indica uma lesão cerebral estrutural.
d) O fenobarbital não faz parte da maioria dos protocolos de EMC, devido à grande incidência de arritmias cardíacas com o seu uso.
e) O único tipo de crise convulsiva que não pode causar EMC é a crise parcial complexa.

***40 - Sra. Odete, 86 anos, foi internada por dor em flanco direito, febre 38,3 ºC e episódios de vômito. O quadro começou há 72 horas, com piora em intensidade. Ao exame clínico, a paciente apresenta dor à palpação de flanco direito, Giordano positivo, PA 100/60. Restante do exame físico sem alterações significativas. Nega DM, HAS. Hemograma com 13000 leucócitos e 23% de bastões, PU com 75000 leucócitos, urocultura positiva com crescimento de 10000 unidades formadoras de colônia por ml de *Escherichia coli* sensível a ciprofloxacina, ceftriaxona, ampicilina e resistente a sulfametoxazol/trimetoprim. Creatinina 1,9 mg/dL, ureia 75 mg/dL, sódio e potássio normais. A paciente está em tratamento com ceftriaxona 1 g EV uma vez ao dia desde que chegou, além de analgesia e plano parenteral. Tem apresentado vômitos e inapetência desde o internamento, e os familiares têm a impressão de que ela tem piorado nas últimas 24 horas. Apresenta febre, taquicardia e hipotensão.**

A partir desse quadro, é correto afirmar:

a) Houve piora da sepse. Provavelmente o antibiograma está errado, e a *E. coli* é ESBL. Deve-se trocar o medicamento por meropenem.
b) Houve piora da sepse. A dose de ceftriaxona é inadequada e deve ser aumentada para 2 g em 24 horas.
c) Houve piora da sepse. Devemos solicitar um exame de imagem e procurar por abscesso e/ou diagnóstico alternativo.
d) O diagnóstico e tratamento estão corretos. As 72 horas de tratamento ainda não são suficientes para avaliar a eficácia. Deve-se manter o tratamento e tranquilizar a família.
e) Houve piora da sepse. A *E. coli* é portadora do gene AmpC e portanto cefepime é o tratamento mais adequado.

(*) – Questão anulada, portanto todos os candidatos serão pontuados.

41 - Um paciente de 45 anos, internado por insuficiência renal aguda, é submetido a tratamento dialítico de urgência por acesso venoso em jugular interna direita. Ecografia com rins de tamanho reduzido e perda da diferenciação córtico-medular. No oitavo dia de tratamento ele apresenta febre de 38,6 ºC e hipotensão. Você colheu hemoculturas cujo resultado foi positivo para cocos Gram-positivos. Ao ligar para o laboratório de microbiologia, você descobre que trata-se de um coco Gram-positivo, catalase positivo e coagulase positivo. Qual é a conduta mais apropriada?

a) Provavelmente é um *Staphylococcus aureus.* Iniciar tratamento com oxacilina 2 g EV de 6/6 horas e retirada do cateter.
b) Provavelmente é um *Streptococcus viridans.* Iniciar tratamento com penicilina 8.000.000 U/dia e manutenção do cateter.
c) Provavelmente é um *Enterococcus faecalis*. Iniciar tratamento com linezolida 10 mg/kg a cada 8 horas e retirada do cateter.
d) Provavelmente é um *Staphylococcus saprophyticus.* Iniciar tratamento com oxacilina 1 g EV de 6/6 horas e manutenção do cateter.
*e) Provavelmente é um *Staphylococcus aureus.* Iniciar tratamento com vancomicina 15 mg/kg em 2 doses diárias, retirada do cateter e ajuste da dose nos dias seguintes.

42 - Algumas drogas têm indicação específica, quando determinadas condições clínicas estão associadas no tratamento da HAS. Com base nessa afirmação, assinale a alternativa correta.

a) Os betabloqueadores são úteis em pacientes hipertensos que têm síndrome anginosa ou que exibem dislipidemia.
b) Pacientes hipertensos com hiperplasia benigna da próstata são beneficiados com drogas betabloqueadoras não-cardiosseletivas.
c) As drogas inibidoras da enzima de conversão da angiotensina são úteis no tratamento da doença hipertensiva da gravidez.
d) Nos paciente hipertensos com fibrilação atrial ou taquicardias, o tratamento com drogas bloqueadoras de canal de cálcio do grupo dihidropiridínico é adequado.
*e) Pacientes hipertensos que têm osteoporose podem ter benefícios com tratamento pelos tiazídicos.

43 - A manifestação mais precoce na nefropatia diabética é:

a) queda do ritmo de filtração glomerular.
b) edema de membros inferiores.
c) retenção nitrogenada.
*d) microalbuminúria.
e) hipertensão arterial.

44 - Com relação à urticária, identifique as afirmativas a seguir como verdadeiras (V) ou falsas (F).

( ) Merecem investigação complementar apenas os pacientes que apresentam febre, artralgia e sintomas pulmonares associados à urticária.
( ) A biópsia de pele está indicada nos casos com pobre resposta ao tratamento ou doença atípica.
( ) Anti-histamínicos H1 são agentes de primeira linha no tratamento da urticária. Doxepina e ciclosporina podem ser usados em efeitos variáveis.
( ) A presença de anticorpos antitireoglobulina ou antimicrossomal é observada em cerca de 70% dos pacientes com urticária crônica.
( ) Urticária pigmentosa se caracteriza por acúmulos intradérmicos de mastócitos e lesões semelhantes a sardas.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta, de cima para baixo.

a) F – F – V – V – F.
b) V – F – F – V – F.
*c) F – V – V – F – V.
d) V – V – V – V – V.
e) V – V – F – F – F.

45 - As doenças abaixo possuem a característica comum de se correlacionar à exposição solar. Numere a coluna da direita, associando as dermatoses às respectivas características clínicas.

1. Erupção polimorfa à luz.	**( ) Lesões bolhosas em áreas fotoexpostas, predominando em dorso de mãos e antebraços, associadas a hipertricose.**
2. Dermatite crônica actínica.	**( ) Desenvolve-se após exposição a fotossensibilizantes tópicos ou orais e à radiação eletromagnética, apresentando vesículas com frequência e queratinócitos necróticos na histopatologia.**
3. Urticária solar.	**( ) É a fotodermatose mais frequente, com acometimento de 10 a 20% da população, mais frequente em mulheres e adultos jovens.**
4. Porfiria cutânea tarda.	**( ) Mais frequente em homens na 6ª ou 7ª década de vida, evolui a partir de uma dermatite de contato fotoalérgica ou exposição a agentes fotossensibilizantes.**
5. Reação fototóxica	**( ) Mais frequente em mulheres na 4ª década de vida, aparece minutos após a exposição solar e possui duração menor que 24 horas.**

Assinale a alternativa que apresenta a numeração correta da coluna da direita, de cima para baixo.

*a) 4 – 5 – 1 – 2 – 3.
b) 5 – 4 – 2 – 1 – 3.
c) 1 – 3 – 4 – 2 – 5.
d) 4 – 1 – 5 – 2 – 3.
e) 4 – 5 – 3 – 2 – 1.

***46 - São causas de tetraplegia flácida aguda e insuficiência respiratória aguda:**

a) Síndrome de Guillain-Barré, botulismo, hipopotassemia, hipermagnesemia.
b) Crise miastênica, hiperpotassemia, hipomagnesemia, intoxicação por organofosforado.
c) Síndrome de Guillain-Barré, botulismo, hipopotassemia, hipofosfatemia.
d) Uso de piridostigmina, intoxicação por opioide, hipopotassemia, hipermagnesemia.
e) Hipopotassemia, hipermagnesemia, hipocalcemia, hiperfosfatemia.

(*) – Questão anulada, portanto todos os candidatos serão pontuados.

47 - Paciente de 42 anos inicia com febre de 39 graus, dor em garganta, amígdalas com pontos purulentos bilateral, PA = 80/40, FC = 98, FR = 24, leucócitos = 15200 com 23% de bastonetes, rel PaO_2/FIO_2 = 220, plaquetas = 120000, bilirrubina total = 1,90, creatinina = 0,80, glasgow = 14, lactato = 4,2. Nesse caso, qual a melhor conduta terapêutica?

a) Iniciar alfadrotrecogina, puncionar acesso venoso central e PAM invasiva, fazer SG5% em bolus e iniciar antibiótico após coletar hemoculturas.
b) Intubação orotraqueal, iniciar ventilação mecânica com FIO_2 = 100% e PEEP = 5, puncionar acesso venoso e fazer SG5% em bolus.
*c) Iniciar antibiótico na primeira hora, fazer SSI em bolus e concomitante vasopressores se a PA não subir.
d) Chamar a otorrinolaringologia para avaliação, coletar hemoculturas e lactato venoso.
e) Iniciar antibiótico na primeira hora, coletar lactato venoso, puncionar acesso central e coletar saturação venosa central de O_2 e CO_2.

48 - Paciente de 65 anos é internado na UTI chocado. PA = 80/50, FC = 144, T = 35,5, FR = 32. Após ressuscitação, colocado cateter de Swan-Ganz, cujos achados foram: PVC = 2, PAP = 15, PAPO = 8, DC = 3,5, IRVS = 2680.
PVC = pressão venosa central;
PAP = pressão de artéria pulmonar;
PAPO = pressão de artéria pulmonar ocluída;
IRVS = índice de resistência vascular sistêmica.

Esses achados são compatíveis com choque:

a) séptico.
b) cardiogênico.
c) obstrutivo – TEP.
*d) hipovolêmico.
e) obstrutivo – tamponamento cardíaco.

49 - É definição atual de SARA:

a) Hipoxemia de início agudo em paciente com rel PaO_2/FIO_2 < 300, infiltração do raio X de tórax em pelo menos 2 quadrantes, sem sinais de insuficiência ventricular esquerda.
*b) Hipoxemia de início agudo em paciente com rel PaO_2/FIO_2 < 200, infiltração do raio X de tórax em pelo menos 2 quadrantes, sem sinais de insuficiência ventricular esquerda.
c) Hipoxemia de início agudo em paciente com rel PaO_2/FIO_2 < 200, infiltração do raio X de tórax em 4 quadrantes, com ou sem sinais de insuficiência ventricular esquerda.
d) Hipoxemia de início agudo em paciente com rel PaO_2/FIO_2 < 300, infiltração do raio X de tórax em 4 quadrantes, com ou sem sinais de insuficiência ventricular esquerda.
e) Hipoxemia de início agudo em paciente com rel PaO_2/FIO_2 < 250, infiltração do raio X de tórax em pelo menos 3 quadrantes, com ou sem sinais de insuficiência ventricular esquerda.

50 - Sobre cateterismo arterial invasivo, é INCORRETO afirmar:

a) Tem indicação se houver necessidade de coleta de 4 gasometrias arteriais por dia.
b) Tem indicação no choque séptico.
c) Trombose da artéria é uma complicação possível.
*d) Pode levar a pneumotórax hipertensivo.
e) Sua medida é mais precisa e acurada que a monitoração de pressão não-invasiva.