



PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIA MÉDICA



Universidade
Estadual do Piauí

PROVA ESCRITA OBJETIVA

NEFROLOGIA

DATA: 09/02/2014 – HORÁRIO: 8h30min às 12h30min (horário do Piauí)

LEIA AS INSTRUÇÕES:

- Você deve receber do fiscal o material abaixo:
 - Este caderno com 50 questões objetivas sem repetição ou falha.
 - Um CARTÃO-RESPOSTA destinado às respostas objetivas da prova.

Obs.: Para realizar sua prova, use apenas o material mencionado acima e em hipótese alguma, papéis para rascunho.
- Verifique se este material está completo e se seus dados pessoais conferem com aqueles constantes do CARTÃO-RESPOSTA.
- Após a conferência, você deverá assinar seu nome completo, no espaço próprio do CARTÃO-RESPOSTA utilizando caneta esferográfica com tinta de cor azul ou preta.
- Escreva o seu nome nos espaços indicados na capa deste CADERNO DE QUESTÕES, observando as condições para tal (assinatura e letra de forma), bem como o preenchimento do campo reservado à informação de seu número de inscrição.
- No CARTÃO-RESPOSTA, a marcação das letras correspondentes às respostas de sua opção, deve ser feita com o preenchimento de todo o espaço do campo reservado para tal fim.
- Tenha muito cuidado com o CARTÃO-RESPOSTA, para não dobrar, amassar ou manchar, pois este é personalizado e em hipótese alguma poderá ser substituído.
- Para cada uma das questões são apresentadas cinco alternativas classificadas com as letras (A), (B), (C), (D) e (E); somente uma responde adequadamente ao quesito proposto. A marcação em mais de uma alternativa anula a questão, **mesmo que uma das respostas esteja correta**; também serão nulas as marcações rasuradas.
- As questões são identificadas pelo número que fica à esquerda de seu enunciado.
- Os fiscais não estão autorizados a emitir opinião nem a prestar esclarecimentos sobre o conteúdo das provas. Cabe única e exclusivamente ao candidato interpretar e decidir a este respeito.
- Reserve os 30 (trinta) minutos finais para marcar seu CARTÃO-RESPOSTA. Os rascunhos e as marcações assinaladas no CADERNO DE QUESTÕES não serão levados em conta.
- Quando terminar sua Prova, antes de sair da sala, assine a LISTA DE FREQUÊNCIA, entregue ao Fiscal o CADERNO DE QUESTÕES e o CARTÃO-RESPOSTA, que deverão conter sua assinatura.
- O tempo de duração para esta prova é de 4 (quatro) horas.**
- Por motivos de segurança, você somente poderá ausentar-se da sala de prova depois de decorridas **2 (duas) horas** do seu início.
- O rascunho ao lado não tem validade definitiva como marcação do Cartão-Resposta, destina-se apenas à conferência do gabarito por parte do candidato.

Nº DE INSCRIÇÃO

--	--	--	--	--	--

Assinatura

Nome do Candidato (letra de forma)

RASCUNHO

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

PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIA MÉDICA – NEFROLOGIA - 2014

ATENÇÃO: Esta parte somente deverá ser destacada pelo fiscal da sala, após o término da prova.

NÚCLEO DE CONCURSOS E PROMOÇÃO DE EVENTOS – NUCEPE
FOLHA DE ANOTAÇÃO DO GABARITO

Nº DE INSCRIÇÃO

--	--	--	--	--	--	--

01. Homem, 42 anos, diabético há 12 anos, com retinopatia e neuropatia. Apresenta PA = 160X100 mmHg, proteinúria de 24h = 2,6 g/l e creatinina plasmática = 2,mg/dl. A principal hipótese diagnóstica é de:
- Doença isquêmica renal.
 - Nefropatia diabética incipiente.
 - Pielonefrite Crônica, provavelmente por infecções urinárias de repetição.
 - Nefropatia hipertensiva.
 - Insuficiência renal crônica secundária a nefropatia diabética.
02. Sra. Mariana, 60 anos, há alguns meses queixa-se de fadiga, dor e edema nas articulações metacarpofalangeanas, punhos e joelhos. Pesa 72 kg e refere rigidez matinal que dura aproximadamente 4 horas. O quadro algico é progressivo impedindo-a de exercer suas tarefas diárias. Queixa-se também de perda de urina, quando levanta peso, há três anos. Usa ibuprofeno diariamente há seis meses e se preocupa com a piora da qualidade de vida. Faz uso de terapia hormonal combinada contínua há 4 anos e há 6 meses vem apresentando sangramento transvaginal esporadicamente. Nos últimos dois meses notou “caroços” indolores próximos aos cotovelos e calcanhares. Os exames laboratoriais revelaram: glicemia de jejum= 220 mg/dL, creatinina =1,8 mg/dL, fator antinuclear 1/80 , Waller Rose 1/64 e ANCA negativo. Baseado nos aspectos clínicos e achados laboratoriais pode-se afirmar que a paciente tem:
- nefropatia diabética.
 - glomerulopatia membranosa.
 - nefropatia lúpica.
 - doença renal crônica estágio 3.
 - glomerulonefrite por lesões mínimas.
03. A nefrolitíase por ácido úrico vem aumentando em frequência nos últimos anos, principalmente em pacientes obesos, portadores de síndrome metabólica e diabéticos. Nesses pacientes a anormalidade metabólica mais comumente observada é:
- Urina com pH constantemente ácido.
 - Hiperuricemia.
 - Hiperuricosúria (maior que 750 mg/dia de ácido úrico).
 - Volume urinário acima de 2 litros ao dia.
 - Hiperossalúria (maior que 45 mg/dia de oxalato).
04. Homem, de 35 anos, com edema, oligúria e nível sérico de creatinina = 3,5 mg/dL. Biópsia renal mostrou 7 de 10 glomérulos com crescentes extracapilares. O diagnóstico mais provável é:
- Glomerulonefrite Difusa Aguda.
 - Glomerulonefrite Rapidamente progressiva.
 - Nefrite intersticial.
 - Nefrite mesangial.
 - Nefroesclerose hipertensiva.
05. Acerca da nefropatia diabética, assinale a opção **INCORRETA**.
- Valores repetidos de albuminúria entre 30 mg/dia e 300 mg/dia em um paciente com diabetes podem ser considerados como microalbuminúria e, usualmente, são indicativos de nefropatia.
 - Nos pacientes diabéticos, a presença de microalbuminúria, além de sua relação com a doença renal, é um fator de risco para doença cardiovascular.

- c) Nos pacientes diabéticos do tipo II, com microalbuminúria, o uso de drogas inibidoras do receptor da angiotensina II do tipo 1 (BAT-1) não reduz a progressão da proteinúria e da doença renal.
- d) Nos pacientes diabéticos do tipo I com microalbuminúria, o controle rigoroso da glicemia e da hipertensão arterial e o uso de drogas inibidoras da enzima de conversão da angiotensina podem reduzir a excreção urinária de proteínas e retardar a progressão para macroalbuminúria.
- e) A hiperglicemia e os produtos de glicosilação induzem as células mesangiais a liberarem o fator de crescimento transformador beta (TGF- β), e este, por sua vez, promove o acúmulo de matriz mesangial intraglomerular.
- 06.** Mulher, 29 anos, chega ao PS com sudorese, palpitações, desorientação. Nega qualquer medicação. Exames: glicemias de jejum: 45, 40 e 41mg/dL; Insulinas basais (dosagem concomitante com as mencionadas glicemias) = 7, 10 e 21 μ U/MI (radioimunoensaio); peptídeo C = 0,2ng/mL (VN = 0,35 - 3,58). A hipótese diagnóstica mais plausível é:
- a) Insulinoma.
- b) Hipoglicemia auto-induzida por sulfoniluréia.
- c) Hipoglicemia auto-induzida por insulina.
- d) Hipoglicemia na lua de mel do diabetes.
- e) Hipoglicemia auto-imune.
- 07.** Em relação à cetoacidose diabética, complicação comum no diabético tipo 1, assinale a opção **INCORRETA**:
- a) Dor abdominal intensa, simulando abdome agudo é um achado.
- b) Coma na presença de hiperosmolaridade plasmática.
- c) Hiperamilasemia.
- d) Hipercalemia, por elevação do potássio corporal total.
- e) Respiração de kussmaul.
- 08.** Assinale a alternativa que contém a correta relação de lesão cutânea mais características de cada dislipidemia:
- a) Xantoma eruptivo = disbetalipoproteinemia
- b) Xantoma palmar = Hipertrigliceridemia familiar
- c) Xantoma tuberoso = Hipercolesterolemia poligênica
- d) Xantelasma = Hipertrigliceridemia adquirida
- e) Xantomas tendinosos = Hipercolesterolemia familiar homozigótica
- 09.** Mulher, 47 anos, IMC=27,5kg/m², trouxe os seguintes exames de rotina: Colesterol total=230mg/dL; LDL=132mg/dL; HDL: 42mg/dL; glicemia de jejum=85mg/dL; triglicerídeos=275mg/dL. Ela trazia exames realizados 13 meses antes, que evidenciavam LDLcolesterol=167mg/dL e triglicerídeos = 270mg/dL. Na época, paciente foi orientada a manter dieta saudável, hipolipídica, e atividade física regular. Mas não aderiu ao tratamento e só fez exercícios e dieta controlada por 20 dias. Sem medicações. Um dos irmãos da paciente tem hipercolesterolemia e outro tem hipertrigliceridemia. Qual o mais provável tipo de dislipidemia apresentada por esta paciente, baseada nas diferenças dos dois perfis lipídicos da paciente?
- a) Hipercolesterolemia familiar heterozigótica.
- b) Hiperlipidemia familiar combinada.
- c) Hipercolesterolemia poligênica.
- d) Hipertrigliceridemia familiar.
- e) Disbetalipoproteinemia.

10. Paciente sexo feminino, 35 anos, chega ao consultório com queixas de insônia, que está suando muito, sente muito calor e sente o coração batendo na garganta de tempo em tempo. Refere não está fazendo uso de nenhum medicamento, mas está tomando uns “shakes” para emagrecer. Ao exame: EG bom, consciente, orientada, afebril, acianótica, hidratada, pulsos irregulares; ACV: RC irregular, B1 hiperfonética, B2 normofonética, sem sopro, PA: 160X65mmHg; AR: MV +, em AHT, sem RA, FR: 28ipm. Laboratório: VSH: 80mm/h; TSH: 0,2µU/mL; T4 livre: 8ng/dL; T3 livre: 0,05ng/dL. Captação de 24h com I¹³¹: 2%. Qual a provável diagnóstico?

- a) Doença de graves.
- b) Tireotoxicose factícia.
- c) Tireoidite auto-imune.
- d) Doença de Plummer.
- e) Bócio multinodular tóxico.

11. Um paciente, com quarenta e seis anos de idade, sedentário, com IMC de 32 kg/m² e com história familiar de diabetes, apresentou glicemia de jejum de 136 mg/dL, confirmada em segunda ocasião. Assinale a opção que apresenta a abordagem terapêutica adequada, segundo recomendações atuais da ADA.

- a) mudança de estilo de vida e metformina.
- b) mudança de estilo de vida, sibutramina e sulfonilureia.
- c) mudança de estilo de vida.
- d) mudança de estilo de vida e sulfonilureia.
- e) mudança de estilo de vida e sibutramina.

12. Uma paciente, com vinte e três anos de idade, com diagnóstico de DM tipo 1 há 10 anos, apresentou início súbito de edema de MMII e palpebral, urina “espumosa” e avermelhada, com diminuição do volume urinário. Faz acompanhamento médico regular e apresenta controle metabólico adequado (Hb glicosilada de 7%). Ao exame físico apresenta edema palpebral bilateral e edema de MMII ++/4. PA = 150 mmHgx100 mmHg. FC = 92 BPM. AR: MVF abolido bilateralmente em bases. O abdome apresenta macicez móvel presente.

Exames complementares:

Hb: 11g%

Ht: 33%

ureia: 130 mg/dL

creatinina: 4 mg/dL

Na: 132 mEq/L

K: 5,2 mEq/L

glicemia jejum: 110 mg/dL

EAS: proteinúria +++, hematuria +++, glicosúria +++, cetonúria negativa

proteinúria de 24h: 3,5g/24h

depuração de creatinina: 30 mL/min

Rx tórax: derrame pleural bilateral

Fundo de olho: normal.

Em relação ao caso clínico apresentado, assinale a opção **correta**.

- a) Essa paciente provavelmente apresenta também uma cardiopatia primária descompensada, manifestada pela presença de derrame pleural.
- b) A presença de ascite e anemia sugere doença hepática associada.
- c) Existe indicação de realização de biópsia renal para conclusão do diagnóstico etiológico do caso em questão.

- d) O controle metabólico é fundamental para o não agravamento da nefropatia diabética isolada que essa paciente apresenta.
- e) A presença de hematúria sugere infecção urinária associada.
- 13.** Uma paciente, com vinte e cinco anos de idade, com queixa de dor em região cervical anterior e com quadro clínico compatível com tireotoxicose foi atendido em um pronto-socorro. Os exames complementares apresentaram os seguintes resultados:
- TSH: indetectável
- T4 total: 15 µg/dL (7,5 a 12,5 µg/dL)
- T3 total: 250 ng/dL (80 a 200 ng/dL)
- T4 L: 3,0 ng/dL (0,8 a 2,0 ng/dL)
- captação 131I de 24 h: zero (15 a 40%)
- Com base no caso clínico apresentado, é **correto** afirmar que se trata de:
- a) tireotoxicose factícia.
- b) tireoidite subaguda.
- c) doença de Plummer.
- d) doença de Graves.
- e) produção ectópica de hormônio tireoidiano.
- 14.** A respeito da obesidade, assinale a opção **correta**.
- a) A adiponectina é um peptídeo derivado do adipócito e está envolvido na regulação da homeostase da energia, no metabolismo de glicose e lipídeos e em vias inflamatórias, e suas concentrações plasmáticas apresentam correlação positiva com fenótipos da obesidade (IMC e circunferência abdominal).
- b) A sibutramina é a única droga aprovada no Brasil para tratamento farmacológico prolongado da obesidade.
- c) A apneia do sono central apresenta maior prevalência em indivíduos obesos e representa fator de risco isolado na incidência de doença cardiovascular.
- d) O ressurgimento do tratamento cirúrgico da obesidade evidencia a pouca eficácia a longo prazo dos tratamentos clínicos atualmente disponíveis e a necessidade de ênfase em programas públicos e privados de prevenção.
- e) Algumas mutações monogênicas estão associadas à obesidade, como as mutações que afetam os genes que codificam a leptina, o receptor da leptina, a enzima pró-hormônio convertase 1 (PC-1) e o receptor da melanocortina 4 (MC4R). Essas mutações constituem a principal etiologia da obesidade primária.
- 15.** Em relação ao PTH, assinale a opção **correta**.
- a) Inibe a atividade da 1α- hidroxilase renal.
- b) Apresenta ação antifosfatúrica.
- c) A ação gastrointestinal é mediada por vitamina D.
- d) Trata-se de um peptídeo de 84 aminoácidos, sintetizado e liberado pelas células parafoliculares da tireoide.
- e) É o segundo principal hormônio que regula as concentrações séricas de cálcio, sendo menos importante que a calcitonina.
- 16.** Um homem de 52 anos de idade, é avaliado no departamento de emergência por uma história de 2 semanas de febre e mal-estar com início gradual e progressivo de dispnéia, dor torácica pleurítica, mialgia, artralgia e erupção cutânea. Ele não relata tosse. Ele tem um antecedente de artrite reumatóide, bem controlada há 15 anos com metotrexato e etanercepte, o seu último surto foi há 1 ano atrás. Outros medicamentos são

naproxeno e ácido fólico. No exame físico, a temperatura é de 39,0°C, a pressão arterial é 148/94 mmHg, pulso é de 90/min, e a respiração é 22/min. O exame cardíaco é normal. Exame pulmonar revela um atrito pleural esquerdo. Há espessamento sinovial dos pulsos e metacarpofalangeanas e articulações interfalangeanas proximais bilateralmente, bem como pequenas efusões no joelho bilateral. Há erupção purpúrica em extremidades inferiores distais.

Laboratório:

Hemoglobina: 9,8 g / dL (98 g / L)

Contagem de leucócitos: 2600/pL (2,6 x 10⁹ / L)

Plaquetas: 128000 / pl (128 X 10⁹ / L)

VHS: 86 milímetros / h

O exame de urina: 1 + proteína, 2-5 eritrócitos / hpf, 10 leucócitos/hpf

A radiografia do tórax, revela ângulos costofrênicos obstruídos bilateralmente, sem infiltrado.

Cultura de sangue e urina resultados ainda estão pendentes.

Qual dos seguintes é o próximo teste diagnóstico mais adequado para executar?

- a) FAN e anti-DNA nativo.
 - b) Aspiração e biópsia de medula óssea.
 - c) Tomografia computadorizada do tórax, abdômen e pelve.
 - d) O fator reumatoide e peptídeo citrulinado anti-cíclica.
 - e) Dosagem de ácido fólico.
17. Uma mulher de 42 anos de idade, é avaliada para a dor recorrente e inchaço do joelho esquerdo e tornozelo direito, que começou há cinco meses atrás. Naquela época, ela também teve um episódio de conjuntivite bem como disúria, sendo que ambos resolveram-se espontaneamente. A dor nas articulações e inchaço persistiu, e aspiração do joelho esquerdo foi realizada, que revelou leucocitose sem evidência de cristais ou bactérias. Ela iniciou naproxeno, que forneceu algum alívio, 1 mês depois, ela mudou para indometacina, mas não houve melhora. Ela, então, começou injeções conjuntas de corticosteróides, que inicialmente produziram alívio, mas agora a dor e inchaço recorreram. Seis meses atrás, ela também teve um episódio de diarreia não sanguinolenta de duração de 5 dias que se resolveu espontaneamente. Ao exame físico, sinais vitais estão normais. Exame cutâneo é normal. Não há nenhuma evidência de conjuntivite ou irite. Exame músculo-esquelético revela inchaço, sensibilidade e calor do joelho esquerdo e tornozelo direito. O fator reumatóide, FAN, teste de anticorpos anti-peptídeo citrulinado cíclico é negativo. Sorologia negativa para Doença de Lyme. Resultados dos testes para Chlamydia trachomatis e Neisseria gonorrhoeae são negativos. Radiografias do joelho esquerdo e direito e tornozelo são normais.
- Qual das seguintes alternativas é o tratamento mais adequado para este paciente?
- a) A colchicina.
 - b) A glucosamina.
 - c) A nitrofurantoína.
 - d) Sulfassalazina.
 - e) Paracetamol.
18. Um homem de 52 anos de idade, é avaliado por uma história de 5 anos de dor progressiva gradual no joelho esquerdo. Ele tem rigidez matinal de 20 minutos, que retorna depois de inatividade prolongada. O mínimo de dor em repouso. Relata nenhum clique ou travamento do joelho. Ao longo dos últimos meses, a dor tem limitado a sua deambulação a não mais do que alguns blocos. Ao exame físico, sinais vitais estão normais. IMC é 25. O joelho esquerdo tem um pequeno derrame e discreto abaulamento na parte de trás, o joelho não é eritematosa ou quente. A amplitude de movimento do joelho provoca crepitação. Há sensibilidade na linha medial articular à palpação, hipertrofia óssea, e um genu varo moderado. Não há nenhuma evidência de

instabilidade da articulação no teste de estresse. Radiografias do joelho revelam redução do espaço articular e numerosos osteófitos.

Qual das seguintes é a próxima etapa mais adequada de diagnóstico para esse paciente?

- a) CT do joelho.
- b) Aspiração conjunta.
- c) Ressonância magnética do joelho.
- d) Nenhum teste de diagnóstico.
- e) Radiografia do joelho contralateral.

19. Uma mulher de 72 anos de idade, é avaliada no departamento de emergência por dor importante no ombro direito e inchaço. Três semanas atrás, machucou o ombro ao cair de um escada e foi para o pronto-socorro; radiografias do ombro revelaram inchaço dos tecidos moles. Ela melhorou parcialmente, mas a dor e inchaço retornaram após vários dias e gradualmente piorou. Tem tomado paracetamol para a dor sem nenhum alívio. No exame físico, a temperatura é de 37,1°C, a pressão arterial é 116/76 mm de Hg, pulso é 78/min, e a respiração é 14/min. O IMC é 23. O ombro direito está inchado, eritematoso, quente e macio, em particular sobre a superfície anterior. A amplitude de movimento é limitado pela dor. Radiografias do ombro direito revelam edema significativo de tecidos moles e possível grande coleção de líquido. Há uma sobreposição turva de calcificação em torno de toda a articulação, e a articulação em si é erodida. É realizada a aspiração do ombro direito, o fluido é tingido de sangue. A contagem de leucócitos do fluido Sinovial é 32.000 / pl ([32 x 10⁹ / L], 82% polimorfonucleares). Microscopia de luz polarizada não revela nenhum em agulha ou losangular. As culturas são negativas.

Qual dos seguintes é o diagnóstico mais provável?

- a) Doença do depósito de fosfato de cálcio básico.
- b) Calcifilaxia.
- c) Doença de depósito de pirofosfato de cálcio.
- d) Osteoartrite.
- e) Gota.

20. Uma mulher de 35 anos de idade é avaliada no departamento de emergência por desconforto torácico difuso e epigástrico, fraqueza e vômitos, que começou no início da manhã e pioraram, progressivamente, ao longo do dia. Com 14 anos de idade, ela foi diagnosticada com nefrite lúpica e foi tratado com doses elevadas de corticosteróides durante vários anos. Desde então, teve erupções intermitentes de artrite, erupções cutâneas, alopecia, e pleuro-pericardite. Ela também tem hipertensão. Os medicamentos são a hidroxicloroquina, azatioprina, prednisona e enalapril. No exame físico, a temperatura é de 37,0°C, PA é 146/94 mmHg, pulso é 104/min, e frequência respiratória é 20/min. Ausculta cardíaca revela taquicardia e quarta bulha. Os pulmões estão limpos a ausculta. O abdome é indolor. Resultados dos testes de laboratório estão pendentes.

Qual das seguintes alternativas é o teste diagnóstico inicial mais adequado?

- a) A angiotomografia do abdômen.
- b) Angiografia pulmonar.
- c) Eletrocardiografia.
- d) Ultra-sonografia de abdômen superior.
- e) Anti-DNA nativo.

21. Um homem de 32 anos de idade, é avaliado no departamento de emergência por uma história de 2 semanas de dor progressiva e inchaço de ambos os tornozelos. Ele também tem febre baixa e um olho esquerdo vermelho doloroso com fotofobia de 2 dias de duração. O paciente não tem outro antecedente médico pessoal ou familiar pertinente e não toma nenhum medicamento. No exame físico, a temperatura é de 38. 2

°C, a pressão arterial é 128/26 mm de Hg, o pulso é 96/rnin, frequência respiratória de 14/min. O IMC é 26. Há injeção ocular ao redor da íris esquerda. Exame na lâmpada de fenda revela uveíte anterior. O abdome é indolor. O exame genital é normal. Alguns nódulos eritematosos medindo de 1 a 3 cm são encontrados na parte anterior das pernas. Inchaço do joelho direito está presente. Há inchaço, sensibilidade e calor dos tornozelos e pés, envolvendo as articulações e tecidos periarticulares.

Qual dos seguintes é o próximo teste diagnóstico mais adequado?

- a) ANCA.
- b) A radiografia de tórax.
- c) A colonoscopia.
- d) PCR urinário para *Neisseria gonorrhoeae*.
- e) VHS.

22. Uma mulher de 34 anos de idade, é avaliada por uma história de 2 meses de rigidez e inchaço dos dedos das mãos e os pulsos, bem como mialgia e rigidez na cintura escapular e coxas. A paciente também tem um 1 ano de história de prurido difuso crônica com ausência de erupção cutânea. Ela tem um historia fenomeno de Raynaud há 5 anos e sintomas de refluxo gastroesofágico. Faz uso de ibuprofeno e ranitidina. No exame físico, a temperatura é de 36,8° C, a pressão arterial é de 130 /90 mm Hg, o pulso é 80/min, e a respiração é 14/min. Os pulmões estão limpos a ausculta. Há edema difuso dos dedos de ambas as mãos com perda de dobras cutâneas. Capilares periungueais dilatados estão presentes. O pulsos são macios e inchados, e há um tendão extensor palpável proximal ao pulso esquerdo. A paciente tem dificuldade crescente de um agachamento profundo sem assistência.

Os estudos de laboratório:

Hemograma completo: normal

CPK: 850 U/ml

Creatinina: 0,7mg/dl

TSH: normal

FAN: positivo 1:320ireóide

Anti-DNA nativo: negativo

Anti-topoisomerase I (SCL - 70): positivo

O exame de urina: normal

Estudos de função pulmonar: normal

A radiografia do tórax e ecocardiograma são normais.

Qual das seguintes alternativas é o tratamento mais adequado?

- a) Adicionar ciclofosfamida.
- b) Adicionar hidroxicloroquina.
- c) Adicionar metotrexato.
- d) Adicionar naproxeno.
- e) Sulfassalazina.

23. Uma mulher de 76 anos de idade, é avaliada por uma historia de 3 meses de dor no joelho esquerdo, de intensidade moderada, que piora com a deambulação. Relata o mínimo de dor em repouso e sem dor noturna. Não há nenhum clique ou sintomas de bloqueio. Ela tentou naproxeno e ibuprofeno, mas desenvolveu dispepsia; Paracetamol proporciona leve a moderado alívio. A paciente tem hipertensão, hipercolesterolemia, e angina crônica estável. Faz uso de lisinopril, metoprolol, sinvastatina, AAS em baixas doses, e nitrato sublingual conforme necessidade. Ao exame físico, sinais vitais estão normais. IMC é 32. A amplitude de movimento do joelho esquerdo provoca crepitação. Há um pequeno derrame, sem vermelhidão, calor ou sensibilidade à palpação ao longo da linha articular medial. Testes para lesão meniscal ou ligamentar é negativo. Estudos laboratoriais, incluindo hemograma completo e taxa de sedimentação de eritrócitos, são

normais. Radiografias do joelho revelam estreitamento do espaço articular do compartimento tibiofemoral medial e esclerose; pequenos osteófitos mediais estão presentes.

Qual dos seguintes é o próximo melhor passo no manejo?

- a) Adicionar celecoxib.
- b) Adicionar sulfato de glucosamina.
- c) RNM do joelho.
- d) Perda de peso e exercício.
- e) TC de joelho.

- 24.** Uma mulher de 42 anos de idade é avaliada por uma história de 2 meses de fadiga, formigamento nos dedos de ambas as mãos, e dor que irradia para mãos e antebraços. Ela também tem dificuldade para abrir garrafas. Os sintomas de formigamento, ocasionalmente, são aliviados quando balança as mãos pela manhã, mas tem, tipicamente, de 2 a 3 horas de rigidez matinal em seus pulsos e dedos. Não faz uso de nenhuma medicação. Ao exame físico, sinais vitais estão normais. IMC é 21, inchaço dos tecidos moles palpável nos pulsos e articulações metacarpofalangeanas bilateralmente. A paciente tem perda sensorial sobre a superfície palmar dos três primeiros dígitos e fraqueza de abdução e oposição dos polegares bilateralmente. A manobra de Phalen produz dor nos pulsos e formigamento nas mãos. Resultados de estudos de eletrodiagnóstico são consistentes com neuropatias mediana bilaterais do pulso.

Qual das seguintes é a causa mais provável desta neuropatia do paciente?

- a) Osteoartrite.
- b) Lesão de esforço.
- c) A polimialgia reumática.
- d) A artrite reumatoide.
- e) Lúpus eritematoso sistêmico.

- 25.** Um homem de 23 anos de idade é avaliado durante uma visita de acompanhamento. Um mês atrás, foi diagnosticado com lúpus eritematoso sistêmico, tratamento com prednisona, 20 mg/d, foi iniciado, o que melhorou parcialmente a dor e inchaço nas articulações. Ele agora relata úlceras orais, inchaço do tornozelo, fadiga, náuseas, e febre baixa. No exame físico, a temperatura é de 38,1 ° C, a pressão arterial é 146/92 mmHg, pulso é 102/min, e taxa de respiração é 18/rnin. Eritema malar está presente. Há uma ulceração eritematosa 1 cm de diâmetro no palato duro. Exame musculoesquelético revela sensibilidade das articulações metacarpofalangeanas, articulações interfalangeanas proximais e joelhos com sinovite leve; edema bilateral do tornozelo está presente.

Os estudos de laboratório:

Hemoglobina: 9.1g/dL

Contagem de leucócitos: 3900/mcL

VHS: 102 mm/h

C3: consumido

C4: consumido

Creatinina sérica: 1.1 mg/dL

FAN: positivo 1:640(padão homogêneo)

Anti-DNA nativo: positivo

Exame de urina: 3+ protein; 4-6 eritrocitos/campo; 4-6 leucocitos/campo, sem cilindros hemáticos

Proteinúria de 24 horas: 1120mg/dl

Neste momento, a prednisona é aumentada para 60 mg/d.

Qual dos seguintes é o próximo passo mais adequado na gestão?

- a) Ciclofosfamida intravenosa.
- b) Biópsia renal.
- c) Angio-RM das artérias renais.
- d) Micofenolato de mofetil.
- e) Ciclosporina.

26. Os pequenos tumores pancreáticos endócrinos são melhor diagnosticados por:

- a) Ultrasonografia abdominal.
- b) Endoscopia digestiva alta.
- c) Endoscopia digestiva baixa.
- d) Ultrasonografia endoscópica.
- e) Tomografia computadorizada.

27. Pode causar gastroparesia e pseudo-obstrução intestinal com componente neuropático e miopático:

- a) diabetes mellitus.
- b) porfiria.
- c) doença de Chagas.
- d) hipotireoidismo.
- e) amiloidose.

28. Qual das manifestações clínicas abaixo relacionadas é um sinal de alarme e aponta para a indicação precoce de endoscopia num paciente com esofagite de refluxo?

- a) Pirose.
- b) Disfagia.
- c) gengivite.
- d) Erosão do esmalte dos dentes.
- e) Faringite.

29. Paciente é encaminhado ao ambulatório de hepatologia porque após doação de sangue observou-se que tinha dosagem de Anti-HBc positiva, Anti-HBs positiva e HBsAg negativa. A melhor hipótese para justificar esses resultados é:

- a) hepatite aguda pelo vírus B.
- b) hepatite crônica pelo vírus B.
- c) portador assintomático do vírus B.
- d) imunização natural pelo vírus B.
- e) imunização contra o vírus B por vacina produzida por engenharia genética.

30. A principal indicação de cirurgia anti-refluxo é:

- a) A cura dos sintomas.
- b) Prevenção de adenocarcinoma.
- c) Redução do risco de pneumonia aspirativa.
- d) Redução da mortalidade.
- e) Como alternativa ao tratamento medicamentoso em idosos.

31. Marque o antimicrobiano mais frequentemente associado a esteato-hepatite.
- a) Penicilina.
 - b) Ciprofloxacina.
 - c) Tetraciclina.
 - c) Eritromicina.
 - e) Clindamicina.
32. Dispepsia funcional é uma síndrome frequente na prática clínica, caracterizada por dor e desconforto no epigástrico. É **INCORRETO** sobre esta síndrome:
- a) a maioria dos pacientes têm sintomas que se sobrepõem a outras desordens gastrointestinais funcionais como a síndrome do intestino irritável.
 - b) alteração na acomodação gástrica, reflexo com mediação simpato-vagal, é um dos mecanismos implicados na patogênese.
 - c) infecção pelo *Helicobacter pylori* não tem papel fundamental como causa da dispepsia funcional.
 - d) o diagnóstico de dispepsia funcional é um diagnóstico de exclusão de causas orgânicas.
 - e) a frequência de desordens psicológicas como ansiedade e depressão é maior na dispepsia funcional do que em pessoas normais.
33. A Doença de Wilson é uma doença sistêmica rara e com apresentação clínica muito variável. O diagnóstico precoce (infância) é capaz de evitar quaisquer complicações por toda a vida do sujeito. Aponte qual manifestação não se associa à doença.
- a) hemólise.
 - b) hiperparatiroidismo.
 - c) artrite.
 - d) depressão.
 - e) descoordenação motora.
34. Paciente de 42 anos, alcoólatra, internado por dor abdominal intensa, em faixa. Apresenta leucocitose de 17 000/mm³, febre de 38,4°C, taquicardia de 120 bpm, Dispneico, com 28 respirações por minuto, amilase sérica de 845 UI. A tomografia computadorizada apresenta edema de pâncreas sem coleção. A medida de pressão intraabdominal apresenta PIA de 15 cm H₂O e volume urinário de 1,3 ml/kg/h. **Qual será a melhor conduta neste caso?**
- a) Tratamento clínico, dieta VO e atropina em infusão contínua;
 - b) Cirurgia de descompressão abdominal e colocação de tela, dieta enteral pós-pilórica e octreotida;
 - c) Cirurgia com colocação da tela, dieta parenteral, Meropenem, octreotida, otimização de volemia;
 - d) Tratamento clínico, na fase inicial sem antibiótico e dieta parenteral.
 - e) Tratamento clínico, dieta enteral e Meropenem.
35. Em relação à insuficiência hepática aguda é correto afirmar:
- a) A Novalgina é causa frequente de insuficiência hepática aguda;
 - b) Pequenas doses de n-acetilcisteína melhoram o prognóstico;
 - c) Na fase inicial o plasma fresco congelado deve ser dado para evitar hemorragia cerebral;
 - d) A Isoniazida pode, em raros casos, causar a insuficiência hepática aguda;
 - e) Nenhuma das alternativas acima

36. A bronquiolite é infecção das vias aéreas superiores e inferiores, sendo acompanhada por sinais de broncoespasmo. O primeiro e mais grave episódio de bronquiolite é mais frequente no primeiro semestre de vida. O agente etiológico mais importante desta patologia é:
- Pneumococo.
 - Adenovirus.
 - Rinovírus.
 - Vírus sincicial respiratório.
 - Parainfluenza.
37. A asma é uma doença inflamatória crônica, caracterizada por obstrução das vias aéreas, sendo desencadeada por estímulos variados e cursa com hiperreatividade brônquica. Como terapêutica inicial da crise aguda deve-se utilizar:
- Nebulização com beta-2-agonista.
 - Aminofilina endovenosa.
 - Adrenalina.
 - Sulfato de magnésio EV.
 - Dobutamina inalatória.
38. O tratamento do *cor pulmonale* em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica inclui:
- uso diário de diuréticos retentores de potássio.
 - flebotomia em indivíduos com hematócrito abaixo de 48%.
 - oxigenioterapia domiciliar em indivíduos com saturação arterial de oxigênio (SaO₂) menor ou igual a 88%, em repouso.
 - uso de vasodilatadores desde o início do tratamento.
 - Uso de corticoides em baixas doses
39. Um adulto jovem, não fumante, bancário, com história de tuberculose tratada na adolescência, apresenta, persistentemente, tosse produtiva, com expectoração muco purulenta em grande quantidade, principalmente pela manhã, de evolução crônica, intercalada por períodos de acentuação dos sintomas, com necessidade de uso frequente de antibióticos. Para esse paciente, a hipótese diagnóstica é
- síndrome de Wegener.
 - sarcoidose.
 - bronquiectasias.
 - asma brônquica.
 - Pneumonia crônica.
40. Um paciente de 30 anos chega ao pronto-socorro com dispneia súbita, taquicardia, distensão das jugulares, cianose, sudorese, hipotensão, diminuição do murmúrio vesicular, hipersonoridade no hemitórax direito, desvio da traqueia para a esquerda. Nega trauma torácico. Este quadro clínico é compatível com:
- derrame pleural volumoso.
 - embolia pulmonar maciça.
 - hemotórax por aneurisma dissecante de aorta.
 - pneumotórax hipertensivo.
 - tamponamento pericárdico.

41. Um paciente de 28 anos vem apresentando febre e perda de peso há seis meses, e há quinze dias evoluiu com tosse seca e dispneia progressiva. Ao ser atendido na Emergência foram realizados alguns exames: radiografia de tórax – infiltrado intersticial difuso, hemograma – linfopenia, DHL elevado, gasometria – hipóxia (55 mmHg). Qual o esquema terapêutico mais indicado neste momento?
- Ceftriaxone + azitromicina.
 - Sulfametoxazol-trimetoprin + prednisona.
 - Heparinização.
 - Tuberculostáticos.
 - Antifúngicos.
42. Uma paciente de 28 anos, portadora do HIV, que iniciou esquema antirretroviral recentemente por conta de queda da contagem de linfócitos T CD4, soube que sua colega de trabalho está com tuberculose pulmonar bacilífera. Sabendo que elas compartilham um pequeno escritório, com ar condicionado, durante cerca de oito horas por dia, assinale a melhor conduta profilática para este caso.
- Prescrever quimioprofilaxia com isoniazida, por seis meses.
 - Realizar PPD agora e repeti-lo após seis semanas, caso este seja negativo.
 - Indicar quimioprofilaxia, apenas se PPD for maior que 10 mm de induração.
 - Realizar pesquisa de BAAR no escarro.
 - Indicar tratamento tuberculostático por nove meses.
43. Em pacientes não tabagistas, o tipo histológico de câncer de pulmão mais comum é:
- carcinoma epidermoide.
 - carcinoma de células pequenas.
 - adenocarcinoma.
 - carcinoma de grandes células.
 - sarcoma.
44. A pandemia de *Influenza* ocorrida em 2009 foi causada por um novo subtipo viral derivado de uma linhagem suína, o *Influenza A H1N1*. Uma das diferenças entre as infecções causadas por esse novo agente e as causadas pelo vírus sazonal que circulava anteriormente é o(a):
- transmissão respiratória e por contato.
 - maior risco de óbito em portadores de doença pulmonar prévia.
 - possibilidade de tratamento com antivirais.
 - alta incidência de formas graves em adultos e jovens saudáveis.
 - predomínio de manifestações respiratórias.
45. Aumentam a chance de miopatia associada ao uso de estatinas:
- Uso concomitante de metformina e prática de exercício aeróbico.
 - Diabetes e obesidade.
 - Uso concomitante de fibrato e hipotireoidismo.
 - Hipertrigliceridemia e HDL-colesterol < 30mg/dL.
 - Insuficiência renal crônica e uso concomitante de nitrato.

- 46.** Causa mais frequente de embolia arterial:
- a) Cardíaca-fibrilação atrial.
 - b) Cardíaca-infarto do miocárdio.
 - c) Trauma arterial.
 - d) Aneurisma de poplítea.
 - e) Dissecção arterial aguda.
- 47.** Em relação ao infarto agudo do miocárdio (IAM) é correto afirmar:
- a) A mortalidade do IAM nos primeiros 30 dias é de, aproximadamente, 30%, sendo maior entre o 7º e o 15º dia.
 - b) O IAM com supradesnível de ST em geral ocorre por estenoses coronárias graves, com evolução lenta, sem ruptura de placa.
 - c) No diagnóstico diferencial do IAM, cabe considerar pericardite, embolia pulmonar e dissecção de aorta, entre outras.
 - d) Cardioversão elétrica, injeção muscular e doença músculo-esquelética causam aumento da enzima CK-MB, mas não da CK total (Creatinofosfoquinase).
 - e) No IAM, os níveis de troponina elevam-se precocemente, mas também regridem rapidamente (entre 3-5 dias).
- 48.** Quais as classes de drogas mais indicadas na terapia da disfunção assintomática do ventrículo esquerdo?
- a) Beta-bloqueadores e inibidores da ECA.
 - b) Inibidores da ECA e digitálicos.
 - c) Diurético e antagonista da aldosterona.
 - d) Diuréticos e inibidores da ECA.
 - e) Não se indica terapia medicamentosa para disfunção ventricular assintomática.
- 49.** Um paciente de 46 anos, com insuficiência valvular aórtica moderada, deve fazer profilaxia para endocardite infecciosa, na seguinte situação:
- a) Limpeza profissional dentária.
 - b) Implante de marcapasso.
 - c) Cateterismo cardíaco.
 - d) Parto cesáreo.
 - e) Implante de prótese mamária.
- 50.** Um homem de 29 anos, previamente saudável, morre subitamente durante uma corrida de 10 Km. Qual é a causa mais frequente de sua morte súbita:
- a) Cardiomiopatia hipertrófica.
 - b) Anomalia de artéria coronariana.
 - c) Prolapso de válvula mitral.
 - d) Doença coronariana arterial.
 - e) Displasia ventricular direita arritmogênica.