



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PROCESSO SELETIVO PARA OS PROGRAMAS DE
RESIDÊNCIA MÉDICA DA UFPI - EDITAL 15/2019

Realização:



CADERNO DE QUESTÕES

PROGRAMAS COM PRÉ-REQUISITO: REUMATOLOGIA

DATA: 15/12/2019

HORÁRIO: das 08 às 10 horas

**LEIA AS INSTRUÇÕES E AGUARDE AUTORIZAÇÃO PARA ABRIR O
CADERNO DE QUESTÕES**

- ✘ Verifique se este CADERNO contém um total de 50 (cinquenta) questões do tipo múltipla escolha, com 5 (cinco) opções de respostas, das quais, apenas uma é correta. Se não estiver completo, solicite ao fiscal de sala outro Caderno de Provas. Não serão aceitas reclamações posteriores.
- ✘ O candidato não poderá entregar o caderno de questões antes de decorridos 60 (sessenta) minutos do início da prova, ressalvados os casos de emergência médica.
- ✘ As respostas devem ser marcadas, obrigatoriamente, no cartão-resposta, utilizando caneta esferográfica, tinta preta ou azul, escrita grossa.
- ✘ Ao concluir a prova, o candidato terá que devolver o cartão-resposta devidamente ASSINADO e o caderno de questões. A não devolução de qualquer um deles implicará na eliminação do candidato.

01. Paciente mulher, 71 anos, hipertensa, diabética tipo 2, com infecção respiratória em tratamento há uma semana. Foi internada há 6 horas com queixa de cefaleia, rebaixamento do nível de consciência e crise convulsiva. Apresentava PA = 100/75mmHg, FC = 110 bat/min. Realizou tomografia computadorizada de crânio normal, sendo que o sódio plasmático era de 155 mEq/L. Em relação ao caso clínico, assinalar a opção CORRETA.
- (A) A paciente deve ser tratada com reposição de água livre e uso de diuréticos.
 - (B) Para o adequado tratamento desta paciente, é obrigatório a realização da osmolaridade urinária.
 - (C) A osmolaridade urinária baixa (< 800 mOsmol/Kg), afasta a possibilidade de Diabetes Insípido.
 - (D) Em caso de osmolaridade urinária baixa (< 800 mOsmol/Kg) e Sódio urinário baixo (< 100 mEq/L), é indicativo de perdas extra renais ou sobrecarga de sódio.
 - (E) No tratamento desta paciente, fazer expansão volêmica com solução fisiológica conforme déficit de água livre e ajustar correção do sódio na velocidade de 0,5mEq/L.
02. Homem, 62 anos, hipertenso e insuficiência cardíaca, em uso de captopril 100 mg/dia, aldactone 50mg/dia, foi internado na unidade de emergência após episódio de desmaio e perda da consciência. Ao exame, tinha Glasgow de 11, bradicardia (FC = 48 bat/min), estase jugular ++/4, PA = 150/82 mmHg. Exames laboratoriais, Potássio = 8,2 mEq/L, Creatinina = 3,2 mg/dL e Uréia= 102 mg/dL. Em relação ao caso clínico, assinalar a opção CORRETA.
- (A) Paciente com síndrome de baixo débito devido à hipercalemia. A conduta é realizar um ECG e administrar Gluconato de cálcio a 10% e furosemida, ambos via endovenosa.
 - (B) Paciente deve ser transferido para a UTI para iniciar terapia dialítica, (hemodiálise), imediatamente.
 - (C) A melhor terapêutica para este caso é passar um marca-passo trans-venoso após a infusão de solução polarizante de glicose com insulina.
 - (D) Deve ser administrado bicarbonato de sódio 10%, como solução polarizante e devido à insuficiência renal.
 - (E) Paciente deverá ser encaminhado para UTI, devendo melhorar com suspensão do captopril, aldactone e prescrever sulfona poliestireno de cálcio.
03. Homem, 54 anos, internado na enfermaria no 3º PO Laparotomia pós trauma abdominal fechado, evoluindo com febre (38°C), taquicardia (FC = 120 bat/min), FR = 24 insp/min, oligúria, cianose de extremidades e PA = 90/40 mmHg. Leucócitos = 16.000 /mm³. Em relação ao caso clínico, assinalar a opção INCORRETA.
- (A) Coletar culturas (hemocultura e urocultura) e iniciar antibiótico de amplo espectro.
 - (B) Ressuscitação volêmica com solução cristalóide (30 ml/kg).
 - (C) Fazer coleta de lactato.
 - (D) Iniciar imediatamente uso de Noradrenalina, dose 0,5 microgramas/kg/min.
 - (E) Solicitar exame de imagem (Ultrasonografia ou Tomografia Computadorizada) após estabilização hemodinâmica.
04. Homem, 58 anos, há 3 dias com adinamia, sonolência e febre. É portador de marca-passo há 10 anos. Tem HAS, em uso regular de losartana potássica. Como hipótese de endocardite, assinalar a resposta CORRETA.
- (A) Solicitar Ecocardiograma trans-esofágico e iniciar antibioticoterapia.
 - (B) O tratamento de primeira escolha é ampicilina + gentamicina, via endovenosa, por um período de 4 a 6 semanas.
 - (C) A presença de hemocultura positiva e febre neste paciente são considerados critérios maiores para o diagnóstico de endocardite infecciosa.
 - (D) As válvulas cardíacas mais acometidas na endocardite infecciosa são tricúspide e aórtica.
 - (E) O isolamento de Streptococcus bovis neste paciente, necessitaria a investigação para neoplasia de próstata.

05. Mulher, 62 anos, tabagista desde os 18 anos, hipertensa em uso de anlodipina 10mg/dia, foi admitida no serviço de emergência com rebaixamento nível de consciência (Glasgow de 8), taquidispneia (FR = 26 insp/min), PA = 130/75 mmHg, FC = 110 bat/min e oximetria de pulso com SatO₂ = 75%. Gasometria arterial: pH = 7,26; pO₂ = 56; pCO₂ = 48 e SatO₂ = 80%. Família informa que a paciente vem apresentando febre e tosse produtiva há uma semana. Em relação ao caso clínico, assinalar a opção INCORRETA.
- (A) Paciente apresenta diagnóstico de IRpA, devendo ser intubada e iniciado ventilação mecânica.
 - (B) A IRpA desta paciente é do tipo hipoxêmica ou tipo I.
 - (C) A principal hipótese diagnóstica é DPOC agudizada, não podendo ser afastada causas cardiovasculares.
 - (D) A conduta é ventilar com ventilador manual (Ambu), aporte de oxigênio a 50% e coletar nova gasometria.
 - (E) Coletar culturas, Raio X de tórax e iniciar antibiótico terapia empírica.
06. Homem, 55 anos, etilista, obeso, dislipidêmico, internada na UTI há 3 semanas para tratamento de pancreatite aguda necrotizante, em ventilação mecânica há 10 dias. As complicações mais comuns devido à terapia ventilatória ao longo da internação são, EXCETO:
- (A) Pneumotórax.
 - (B) Distúrbios ácido básico.
 - (C) Policitemia.
 - (D) Enfisema subcutâneo.
 - (E) Aumento do ADH (hormônio antidiurético).

As questões 07 e 08 são relacionadas ao caso clínico a seguir:

Paciente 78 anos, sexo feminino, dá entrada no pronto-atendimento com quadro súbito de fraqueza no lado esquerdo do corpo iniciado quatro horas antes da admissão. É hipertensa, diabética, dislipidêmica, em uso de losartana, insulina e atorvastatina. Ao exame: bulhas arritmicas, PA 180x80mmhg, hemiparética à esquerda, disártrica. Glicemia capilar = 196mg/dl; ECG = fibrilação atrial; TC de crânio = sem alterações.

07. O diagnóstico provável é:
- (A) Ataque isquêmico transitório (AIT).
 - (B) Acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi).
 - (C) Deficit neurológico secundário à hiperglicemia.
 - (D) Encefalopatia hipertensiva.
 - (E) Acidente vascular cerebral hemorrágico (AVCh).
08. Baseado na história clínica e no diagnóstico provável, a conduta mais adequada é:
- (A) Acido acetilsalicílico (AAS).
 - (B) Alteplase.
 - (C) Heparina.
 - (D) Controle glicêmico.
 - (E) Nitroprussiato de sódio.

09. Paciente 35 anos, sexo feminino, foi admitida no serviço de neurologia do HU/UFPI relatando história com início há 10 dias de dor lombar, parestesias e perda de força nos pés, progredindo em caráter ascendente para pernas, agora também acometendo as mãos. Ao exame: hipoestesia predomínio distal (mãos e pés), tetraparesia flácida, reflexos tendinosos abolidos. Assinale o item com o diagnóstico provável, exame a ser realizado e conduta terapêutica adequada.
- (A) Esclerose múltipla – Ressonância magnética do encéfalo – Pulsoterapia com Metilprednisolona
 - (B) Esclerose múltipla – Ressonância magnética do encéfalo – Imunoglobulina
 - (C) Miastenia gravis – Eletroencefalografia – Plasmaférese
 - (D) Síndrome de Guillain-Barré – Punção lombar – Pulsoterapia com Metilprednisolona
 - (E) Síndrome de Guillain-Barré – Punção lombar – Imunoglobulina
10. Paciente do sexo masculino com quadro de cefaleia recorrente de forte intensidade em região periorbitária esquerda, associada à hiperemia ocular, lacrimejamento e obstrução nasal. Informa que as crises duram cerca de 180 minutos e ocorrem várias vezes ao dia. Marque o item com o diagnóstico provável e a terapêutica profilática indicada.
- (A) Cefaleia em salvas – Verapamil
 - (B) Cefaleia em salvas – Nortriptilina
 - (C) Migrânea – Amitriptilina
 - (D) Migrânea – Topiramato
 - (E) Hemicrania paroxística – Ácido valpróico
11. Paciente 65 anos relata apresentar tremores nas mãos ao realizar movimentos como segurar objetos (xícara, talheres) e ao escrever. Por vezes, o tremor também acomete a voz e a cabeça. Relata o hábito de beber vinho e percebe que os tremores diminuem após consumir a bebida alcoólica. Pai e irmão também apresentam tremores. Exame neurológico com tremor postural nas mãos, simétrico. Sem outras alterações. O diagnóstico provável e a melhor conduta terapêutica são:
- (A) Doença de Parkinson – Levodopa
 - (B) Doença de Parkinson – Pramipexol
 - (C) Tremor essencial – Levodopa
 - (D) Tremor essencial – Primidona
 - (E) Tremor distônico – Toxina botulínica
12. Paciente de 30 anos é admitido no pronto-atendimento após ingestão intencional de 30 comprimidos de paracetamol. O antídoto adequado para a intoxicação exógena deste caso é:
- (A) Naloxona.
 - (B) Atropina.
 - (C) Flumazenil.
 - (D) Protamina.
 - (E) N-acetilcisteína.
13. Dentre as opções abaixo, a droga antiviral indicada no atual Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde para o tratamento da hepatite B é:
- (A) Lamivudina.
 - (B) Adefovir.
 - (C) Efavirenz.
 - (D) Entecavir.
 - (E) Sofosbuvir.

14. São indicações de uso de albumina endovenosa, EXCETO:
- (A) Paracentese em ascite de grande volume (retirada superior à 5 litros).
 - (B) Peritonite bacteriana espontânea.
 - (C) Síndrome hepatorenal.
 - (D) Preenchimento da bomba de circulação extracorpórea (CEC) nas cirurgias cardíacas.
 - (E) Síndrome nefrótica.
15. A correspondência correta entre a classificação BCLC (*Barcelona Clinic Liver Cancer*) do Hepatocarcinoma e o seu tratamento é:
- (A) Estágio 0 – Ressecção seguida de Sorafenibe
 - (B) Estágio A – Quimioterapia neoadjuvante seguida de ressecção
 - (C) Estágio B – Quimioembolização
 - (D) Estágio C – Transplante Hepático
 - (E) Estágio D – Quimioterapia e radioterapia paliativas
16. A neoplasia mais comum do apêndice cecal é:
- (A) Pseudomixoma peritoneal.
 - (B) Tumor neuroendócrino.
 - (C) Leiomiossarcoma.
 - (D) Tumor estromal.
 - (E) Linfoma intestinal.
17. São indicações da ecoendoscopia digestiva, EXCETO:
- (A) Estadiamento locorregional de neoplasias do trato gastrointestinal.
 - (B) Investigação etiológica de lesões submucosas.
 - (C) Colocação de prótese em via biliar.
 - (D) Investigação de microlitíase em via biliar.
 - (E) Punção de lesões císticas suspeitas do pâncreas.
18. A complicação mais comum da colangiopancreatografia retrógrada endoscópica é:
- (A) Colangite aguda.
 - (B) Pancreatite Aguda.
 - (C) Hemorragia digestiva.
 - (D) Perfuração intestinal.
 - (E) Estenose duodenal.
19. A doença associada à colangite esclerosante primária é:
- (A) Colite ulcerativa.
 - (B) Artrite reumatoide.
 - (C) Colite eosinofílica.
 - (D) Hepatite autoimune.
 - (E) Coleciste aguda.

20. Uma mulher de 40 anos, advogada, deu entrada no Pronto Socorro com tontura, fraqueza e câibras. Referia fadiga e perda de 4Kg nos últimos 3 meses. Sua P.A. era 90x50mmHg (deitada) e 60x70mmHg (sentada). Apresentava hiperpigmentação das superfícies extensoras de membros superiores e mucosa oral. O sódio era 109mmol/L e o potássio 5,2mmol/L. Não havia história familiar de Doença de Addison ou outras desordens autoimunes. A conduta nesse momento é:
- (A) Realizar um teste de estímulo com ACTH.
 - (B) Medir cortisol sérico, ACTH, aldosterona e renina e administrar prednisona oral.
 - (C) Coletar sangue para dosagem de cortisol, ACTH, aldosterona e renina, se possível, e administrar hidrocortisona IV + solução salina.
 - (D) Administrar altas doses de dexametasona, adiando os exames laboratoriais.
 - (E) Fazer *screening* para outras doenças autoimunes.
21. Um norte-americano negro de 50 anos tem Insuficiência renal crônica terminal secundária a Hipertensão arterial não controlada de longa data, estando em hemodiálise há 2 anos. A avaliação pré-transplante renal mostrou uma importante história familiar de Diabetes Mellitus tipo 2. O paciente tem I.M.C. = 35Kg/m² e uma glicemia em jejum = 105mg/dl. A informação que NÃO é um fator de risco para Diabetes Mellitus pós-transplante é:
- (A) História familiar de Diabetes Mellitus tipo 2.
 - (B) Estar em hemodiálise.
 - (C) Apresentar IMC=35Kg/m².
 - (D) Ter uma glicemia em jejum de 105mg%.
 - (E) Ser afro-americano.
22. Uma mulher de 28 anos se apresentou com amenorreia secundária, galactorrêia e cefaleia. Trazia uma prolactina de 3204ng/ml (n=10-25) e uma Ressonância Nuclear Magnética (RNM) de sela túrcica mostrando massa selar de 3cm, com extensão para seios cavernosos e inferiormente para o clivus. Foi medicada com cabergolina 2mg/semana com queda gradual da prolactina até 45ng/ml. Uma RNM realizada 3 meses depois demonstrou redução de 50% do tumor. Três meses depois a PRL chegou a 18ng/ml, a menstruação se restabeleceu e a galactorrêia cessou. Durante o tratamento a paciente notou congestão nasal e aumento considerável da rinorréia. A sua conduta para o caso é:
- (A) Trocar a cabergolina por bromocriptina.
 - (B) Iniciar oximetazolina por spray nasal.
 - (C) Iniciar pseudoefedrina.
 - (D) Dosar Beta 2 transferrina no líquido nasal.
 - (E) Aumentar a dose de cabergolina.
23. No tratamento medicamentoso da acromegalia com Pegvisoman, o parâmetro abaixo que NÃO é útil no seguimento é:
- (A) Glicose.
 - (B) Função hepática.
 - (C) IGF1.
 - (D) GH.
 - (E) Ressonância Nuclear Magnética de sela túrcica.

24. Uma gestante de 29 anos, no 10º mês de gestação, apresenta-se com TSH < 0,01mUI/ml (n=0,45-5,0), T4 livre = 1,9mcg/dl (n=0,7-1,7) e T3 total =280ng/dl (n=63-180). A paciente não tem história prévia de doença tireoideana, encontra-se assintomática, exceto por náuseas e vômitos nas últimas duas semanas. Ao exame físico, a tireoide é normal e não há oftalmopatia. A sua conduta é:
- (A) Iniciar metimazol.
 - (B) Iniciar propiltiouracil.
 - (C) Realizar captação de iodo + cintilografia.
 - (D) Repetir a função tireoideana em 2 semanas.
 - (E) Realizar uma ultrassonografia de tireoide.
25. Nos casos de Bronquiectasias por Discinesia ciliar são procedimentos a serem observados, no manejo diagnóstico e/ou terapêutico, EXCETO:
- (A) Monitorização auditiva.
 - (B) Avaliação cardíaca (malformações).
 - (C) Deficiência de alfa-1 antitripsina.
 - (D) Orientações para dificuldade de concepção.
 - (E) Técnicas de clearance mucociliar.
26. Em relação ao manejo de exacerbações na DPOC (GOLD 2019), é INCORRETO afirmar:
- (A) Os corticoides sistêmicos podem melhorar a função pulmonar (VEF1), a oxigenação e encurtar o tempo de duração da hospitalização.
 - (B) A exacerbação é definida como piora dos sintomas respiratórios, requerendo terapia adicional.
 - (C) A ventilação mecânica invasiva é a ventilação de escolha inicial a ser utilizada em pacientes com DPOC com insuficiência respiratória e exacerbação, desde que não haja contraindicação absoluta.
 - (D) Os antibióticos quando indicados, podem encurtar o tempo de recuperação, o tratamento da insuficiência respiratória e a duração da hospitalização. O tempo de tratamento seria de 5-7 dias.
 - (E) Os beta-2 de curta ação inalados, com ou sem anticolinérgicos de curta ação, são recomendados como broncodilatadores iniciais para o tratamento de uma exacerbação aguda.
27. Em pacientes com PPD igual ou > 5mm ou IGRA positivo está indicado o tratamento de infecção latente (ILT), EXCETO:
- (A) Em pré-transplante que fará uso de terapia imunossupressora.
 - (B) Em pacientes que continuarão a usar biológicos, após nove meses de quimioprofilaxia com INH.
 - (C) Em pessoas com 50 anos ou mais, recomenda-se o tratamento da ILT com a rifampicina.
 - (D) Uso de inibidores TNF-alfa (preferencialmente antes de sua utilização).
 - (E) Uso de corticosteroide (equivalente a > 15 mg/dia de prednisona por mais de 1 mês).
28. Em relação aos portadores de Fibrose Pulmonar Idiopática, é INCORRETO afirmar:
- (A) A maioria dos pacientes têm antecedente de tabagismo.
 - (B) A relação homem/mulher é de 2:1.
 - (C) A espirometria nos casos mais avançados revela um distúrbio restritivo com fluxos supranormais.
 - (D) O padrão tomográfico em vidro fosco é o mais característico para o diagnóstico.
 - (E) O padrão histopatológico é de Pneumonia Intersticial Usual (PIU), com predomínio paraseptal e subpleural, áreas de fibrose e faveolamento.

29. No manejo clínico e terapêutico de pacientes com asma (GINA 2019), é INCORRETO afirmar:
- (A) Um número expressivo de pacientes necessita de baixa dose de corticoide inalatório (CI) para controle da asma.
 - (B) O controle de tratamento pode ser feito inicialmente com baixas doses de CI e formoterol, ou só, com baixa dose diária de CI, usando-se o beta-adrenérgico se necessário.
 - (C) O uso de drogas anti- IGE e anti-IL 5/5R é recomendado a partir do step 4 do GINA.
 - (D) O rebaixamento da dose de CI (stepping down) só deve ser iniciado 3 meses após superada uma exacerbação.
 - (E) Baixa dose de CI de uso diário reduz as taxas de hospitalização e morte por asma.
30. Mulher, 28 anos, com história de trombose venosa profunda em membro inferior esquerdo aos 19 anos, procura atendimento médico porque deseja engravidar. Na época da trombose fazia uso de anticoncepcional oral combinado. No momento, a paciente não está em uso de anticoagulante. A orientação CORRETA é:
- (A) Iniciar imediatamente anticoagulação com antagonista de vitamina K e quando houver o diagnóstico de gestação fazer a transição para heparina de baixo peso molecular em dose terapêutica.
 - (B) Iniciar imediatamente anticoagulação com heparina de baixo peso molecular em dose profilática e quando houver o diagnóstico de gestação aumentar a dose terapêutica.
 - (C) Orientar o início de heparina de baixo peso molecular em dose profilática assim que o houver o diagnóstico de gestação.
 - (D) Orientar o início de Rivaroxabana em dose profilática assim que houver o diagnóstico de gestação.
 - (E) Anticoagulação profilática durante a gestação só estará indicada se a paciente apresentar alguma trombofilia, como mutação do fator V de Leiden, deficiência de proteína S, deficiência de proteína C, deficiência de antitrombina ou síndrome do anticorpo antifosfolípideo.
31. Homem, 75 anos, assintomático, em avaliação de rotina apresenta o seguinte hemograma: Hemoglobina: 13,3 g/dl; VCM: 87 fl; Leucócitos 50.000/ mm³ (segmentados: 10%; eosinófilos: 1%; linfócitos: 88%; monócitos: 1%) Plaquetas 170 mil/ mm³. O diagnóstico mais provável é:
- (A) Leucemia Linfóide Aguda.
 - (B) Leucemia Mieloide Aguda.
 - (C) Leucemia Linfocítica Crônica.
 - (D) Leucemia Mieloide Crônica.
 - (E) Linfoma Não Hodgkin.
32. Mulher, 65 anos, em investigação de esplenomegalia, apresenta o seguinte hemograma: Hemoglobina: 7,5 g/dl; VCM: 87 fl; com hemácias em lágrima; Leucócitos 17.000/ mm³ (mielócitos: 2%; bastões: 5%; segmentados: 75%; eosinófilos: 1%; linfócitos: 15%; monócitos: 2%) Plaquetas 80 mil/ mm³; com presença de eritroblastos. O diagnóstico mais provável é:
- (A) Tricoleucemia.
 - (B) Leucemia Mielóide Crônica.
 - (C) Leucemia Mielóide Aguda.
 - (D) Mielofibrose Primária.
 - (E) Linfoma esplênico.

33. Mulher, 60 anos, referindo cansaço de início há 3 meses, evoluindo nas últimas semanas com sensação de formigamento em pés e pernas e dificuldade de deambular. Ao exame físico, há palidez cutânea e leve icterícia e não há visceromegalias. Hemoglobina: 6,4 g/dl; VCM: 112 fl; com macroovalócitos; Leucócitos 2000/ mm³ (segmentados: 75%; linfócitos: 20%; monócitos: 5%); Plaquetas 70 mil/ mm³; Reticulócitos = 20.000 (VR: 25.000 -75.000/mm³). Com base no quadro clínico e laboratorial, o diagnóstico mais provável é:
- (A) Anemia por deficiência de vitamina B12.
 - (B) Anemia por deficiência de ácido fólico.
 - (C) Anemia Aplásica.
 - (D) Hemoglobinúria Paroxística Noturna.
 - (E) Anemia Sideroblática.
34. Em relação à anemia de doença crônica, assinale a afirmativa INCORRETA.
- (A) Embora haja redução do ferro sérico, a absorção intestinal do ferro está aumentada.
 - (B) A intensidade da anemia costuma ser leve e as hemácias são normocíticas e normocrômicas, mas podem também ser microcíticas
 - (C) A concentração de ferro sérico e a saturação da transferrina estão baixas.
 - (D) A ferritina está elevada e seus níveis refletem o aumento do estoque e a retenção de ferro pelo sistema retículoendotelial e também o aumento da ferritina devido à ativação imune.
 - (E) O tratamento com eritropoietina pode ser útil para o tratamento da anemia de doença crônica, permitindo evitar transfusões.
35. Aumento na concentração sérica de bicarbonato ocorre mais provavelmente na situação de:
- (A) hiperaldosteronismo primário.
 - (B) insuficiência renal crônica.
 - (C) gravidez.
 - (D) intoxicação por metanol.
 - (E) cirrose avançada.
36. A afirmação verdadeira referente ao desequilíbrio mineral ósseo da insuficiência renal crônica (IRC) é:
- (A) O nível de paratormônio reduz com a progressão da disfunção renal.
 - (B) A atividade da 1 α -hidroxilase renal está reduzida com o avanço da IRC.
 - (C) Hipofosfatemia contribui para o desequilíbrio mineral.
 - (D) O cálcio sérico costuma estar elevado.
 - (E) O nível elevado de cálcio estimula a redução do PTH na IRC.
37. Um paciente portador de diabetes e hipertensão de longa duração foi avaliado laboratorialmente apresentando níveis séricos de creatinina e potássio, respectivamente, de 2,7 mg/dl e 6,0 meq/l. Nessa situação, a prescrição médica mais adequada é:
- (A) amilorida.
 - (B) furosemida.
 - (C) losartana.
 - (D) propranolol.
 - (E) enalapril.

38. O medicamento que está menos provavelmente associado a uma redução abrupta no ritmo de filtração glomerular é:
- (A) cetoprofeno.
 - (B) empaglifozina.
 - (C) amicacina.
 - (D) nifedipina.
 - (E) ciclosporina.
39. São condições predisponentes à nefrourolitíase múltipla, EXCETO:
- (A) hiperoxalúria.
 - (B) hipercalcúria.
 - (C) hipercitratúria.
 - (D) hiperuricosúria.
 - (E) cistinúria.
40. Os pacientes com manifestações clínicas evidentes de fenômeno de Raynaud primário não precisam fazer exames laboratoriais adicionais. Isso inclui pacientes com as seguintes manifestações, EXCETO:
- (A) episódios simétricos.
 - (B) nenhum indício de doença vascular periférica.
 - (C) existência de gangrena.
 - (D) inexistência de depressão da pele digital.
 - (E) microscopia normal dos capilares da prega ungueal.
41. Com relação ao tratamento tópico das lesões cutâneas no lupus eritematoso sistêmico que é feito inicialmente com corticosteroides tópicos, pode-se afirmar:
- (A) A escolha do corticoide tópico não leva em conta a localização e o tipo de lesão.
 - (B) Na maioria dos casos inicia-se utilizando preparados fluorados mais potentes.
 - (C) As preparações de maior potência, inclusive triancinolona acetonida ou valerato de betametasona são usadas comumente para tratar lesões em face.
 - (D) Aparentemente, os cremes são mais eficazes que as loções e as pomadas são úteis para as áreas pilosas.
 - (E) No tratamento de lesões faciais, o uso de corticoides fluorados deve ser limitado a duas semanas, em vista da preocupação de que cause efeitos colaterais, inclusive atrofia cutânea, estrias, despigmentação e telangiectasias.
42. A mortalidade por doenças respiratórias é duas vezes maior na população com artrite reumatoide do que na população em geral. As manifestações mais características incluem:
- (A) fibrose intersticial predominando em bases.
 - (B) derrame pleural que pode surgir antes do quadro articular, com níveis elevados de glicose.
 - (C) bronquiolite obliterante é frequente, e responde adequadamente ao tratamento.
 - (D) nódulos pulmonares são raros e geralmente múltiplos.
 - (E) derrame pleural que surge anos após o início do quadro articular, com níveis elevados de desidrogenase láctica.

43. Isoladamente, nenhum exame laboratorial ou teste confirma o diagnóstico de esclerose sistêmica. Esse diagnóstico é firmado com base na história clínica detalhada e no exame físico completo. Em pacientes com alterações cutâneas difusas, doença pulmonar intersticial e prognóstico global desfavorável geralmente encontramos títulos positivos de:
- (A) anticorpo anticentromero.
 - (B) anti DNA nativo.
 - (C) antitopoisomerase I (anti Scl70).
 - (D) anti Jo1.
 - (E) anti histona.
44. Em paciente do sexo feminino, 27 anos, branca, solteira, com oligoartropatia assimétrica e fator reumatoide negativo, a presença de uveíte e lesões ungueais sugere o diagnóstico de:
- (A) síndrome de Reiter.
 - (B) artropatia psoriásica.
 - (C) sífilis secundária.
 - (D) artropatia gonocócica.
 - (E) artropatia enteropática.
45. Nas síndromes coronarianas agudas, pode-se afirmar:
- (A) O teste ergométrico pode ser útil nos pacientes que evoluíram sem dor e sem alteração dos marcadores de necrose miocárdica.
 - (B) Elevação do segmento ST em aVR sugere espasmo coronariano.
 - (C) Desvios dinâmicos do segmento ST não tem importância no diagnóstico.
 - (D) Dois terços dos pacientes podem apresentar-se sem dor torácica.
 - (E) A creatinina sérica não tem importância na determinação do risco já que não é um marcador de necrose miocárdica.
46. Nas complicações do infarto agudo do miocárdio com supra de ST, é CORRETO afirmar:
- (A) A isquemia recorrente pós-trombólise é mais prevalente que no infarto do miocárdio sem supra de ST.
 - (B) A bradicardia sinusal é mais comum nos infartos anteriores.
 - (C) Hipotensão não responsiva a fluidos tem a disfunção ventricular como um provável diagnóstico.
 - (D) Ruptura de músculo papilar ou septo interventricular é frequente e não tem implicações prognósticas.
 - (E) As pericardites não são clinicamente significantes.
47. Quanto às arritmias cardíacas, pode-se afirmar:
- (A) as drogas antiarrítmicas (classificação de Vaughan-Williams) podem exacerbar as arritmias e deprimir a função de VE, com exceção dos pertencentes à classe III.
 - (B) bloqueio átrio-ventricular é sinônimo de dissociação átrio-ventricular.
 - (C) a massagem no seio carotídeo é bastante eficaz nas taquicardias supraventriculares por reentrada nodal e é isenta de complicações.
 - (D) a síndrome do seio doente pode manifestar-se como incompetência cronotrópica ao esforço.
 - (E) o fenômeno conhecido como “Holiday Heart” está associado à ingestão aguda de álcool e não à suspensão súbita do consumo.

48. No diagnóstico da insuficiência cardíaca, pode-se afirmar:
- (A) Um hematócrito baixo torna o prognóstico pior e deve-se à secreção inadequada de eritropoietina.
 - (B) O BNP sérico é muito útil no prognóstico e não tem utilidade nos usuários de inibidores da neprililina.
 - (C) Alterações nos níveis séricos de potássio estão relacionadas a distúrbios da tireoide.
 - (D) É provado o valor das dosagens seriadas de peptídeos natriuréticos para guiar a terapia diurética.
 - (E) Dosagem sérica de troponina de alta sensibilidade é importante para guiar terapêutica endovenosa.
49. No tratamento da hipertensão arterial sistêmica pode-se afirmar:
- (A) Em pacientes com níveis pressóricos acima de 160/100 mmHg, independente do risco cardiovascular, deve ser iniciado terapia com drogas.
 - (B) Os inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA) não tem ação nos portadores de renina baixa.
 - (C) A associação de inibidores diretos da renina e inibidores da ECA é vantajoso nos diabéticos.
 - (D) Os bloqueadores de cálcio não tem ação na raça negra.
 - (E) Os diuréticos de alça devem ser evitados nos portadores de insuficiência renal.
50. Homem, 24 anos, vítima de atropelamento com múltiplas fraturas, admitido com Glasgow 10, PA = 90/50 mmHg, FC = 127 bat/min, RCR. Foi submetido à cirurgia ortopédica para correção de fraturas e após estabilidade hemodinâmica, encaminhado para a enfermaria. Após 36 horas, evoluindo com colúria, oligúria, dor, distensão abdominal, sudorese e taquicardia. Exames laboratoriais: Hematócrito = 23%, hemoglobina = 6,8 g/dL, creatinina = 2,9 mg/dL, Ureia = 124 mg/dL, Potássio = 5,4 mEq/L, Sódio = 138 mEq/L, pH = 7,30 e HCO₃ = 18mEq/dl. Em relação ao caso clínico, assinalar a opção CORRETA.
- (A) Paciente com lesão renal aguda, devendo ser prescrito solução cristalóide e furosemida na dose de 80mg/dia.
 - (B) Trata-se de uma Injúria renal aguda pré-renal, com a presença de um sódio urinário > 20mmol/L e osmolaridade < 400.
 - (C) Paciente apresenta injúria renal aguda, de etiologia pré-renal, necessidade de expansão volêmica, apresentando relação ureia/creatinina > 20:1 e FE Na⁺ < 1%.
 - (D) Trata-se de uma injúria renal aguda, secundária a rabdomiolise, portanto há indicação de terapia com bicarbonato de sódio e terapia renal substitutiva (hemodiálise).
 - (E) Paciente com injúria renal aguda secundária a nefrotoxicidade ao uso de AINH, tendo como achado característico a presença de proteinúria > 3,5 g/dia.