

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO

PROCESSO SELETIVO PARA PÓS-GRADUAÇÃO
***Lato Sensu* –RESIDÊNCIA MÉDICA**



DIA - 28/01/2018

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:

ENDOCRINOLOGIA



PROCESSO SELETIVO PARA PÓS-GRADUAÇÃO *Lato Sensu* – RESIDÊNCIA MÉDICA

28 de janeiro de 2018

ENDOCRINOLOGIA / METABOLOGIA

GABARITO DO CANDIDATO

01 -	11 -	21 -	31 -
02 -	12 -	22 -	32 -
03 -	13 -	23 -	33 -
04 -	14 -	24 -	34 -
05 -	15 -	25 -	35 -
06 -	16 -	26 -	36 -
07 -	17 -	27 -	37 -
08 -	18 -	28 -	38 -
09 -	19 -	29 -	39 -
10 -	20 -	30 -	40 -

ENDOCRINOLOGIA

01 Mulher de 36 anos, portadora de hipertensão arterial essencial, sem queixas, apresenta glicemia feita em glicosímetro, ao acaso, de 204 mg/dl. A conduta inicial é:

- a) Fazer uma glicemia de jejum. Se a glicemia de jejum for acima de 126, repetida, confirma o diagnóstico de diabetes.
- b) Fazer uma glicemia pós-prandial. Se a glicemia pós-prandial for acima de 126 confirma o diagnóstico de diabetes.
- c) Fazer glicemia após 75g de glicose anidra. Se for acima de 140 mg/dl confirma o diagnóstico de diabetes.
- d) Fazer uma HbA1c. se esta for acima de 6,2% confirma o diagnóstico de diabetes.
- e) Não havia indicação para fazer glicemia nesta paciente uma vez que ela tem menos de 45 anos de idade.

02 Mulher de 48 anos, branca, tabagista (20cig/dia), sabidamente diabética há 4 anos, hipertensa há 8 anos, vem em uso de metformina 1.000 mg/dia, glibenclamida 5 mg/dia, enalapril 10 mg de 12/12 horas. Peso 84 Kg, Altura 150 cm, PA 150x80 mmHg. Restante do exame NDN. Glicemia de jejum 157 mg/dl, glicemia pós-prandial 168 mg/dl, HbA1c 8,1% (HPLC), Colesterol total 245 mg/dl, HDL 46 mg/dl; triglicérides 280 mg/dl, creatinina 1,1 mg/dl, MDRD 56,35 mL/min/1,73m². ASCVD 18,2% para 10 anos. De acordo com as evidências, qual a melhor conduta para esta paciente.

- a) Aumentar a dose de glibenclamida para 15 mg/dia e a de metformina para 2 g/dia.
- b) Trocar a glibenclamida por Glicazida e manter a metformina.
- c) Aumentar a glibenclamida para 20 mg e suspender a metformina.
- d) Diminuir a metformina para 500 mg/dia, suspender a glibenclamida e associar um inibidor da SGLT2.
- e) Suspender todos os anti-diabéticos orais e introduzir insulina na dose de 28 unidades ao dia, sendo 2/3 ao antes do desjejum e 1/3 ao deitar.

03 Ainda em relação à paciente anterior:

- a) A droga hipolipemiante de escolha deve ser sinvastatina 20 mg/dia.
- b) A droga hipolipemiante de escolha deve ser a atorvastatina 40 mg/dia.
- c) A droga hipolipemiante de escolha deve ser o ciprofibrato uma vez que a paciente também apresenta hipertrigliceridemia.
- d) Por conta do aumento do colesterol e dos triglicérides, nesta paciente devemos associar uma estatina e um fibrato.
- e) O tratamento inicial da dislipidemia deve ser apenas dieta rigorosa.

04 Homem de 40 anos, descobriu diabetes há 5 meses. Apresenta glicemia de jejum de 142 mg/dl; pós prandial de 166 mg/dl, HbA1c 7,8%, TGO 58 mg/dl; TGP 65 mg/dl; ferritina 547 ng/ml (30-400). Altura 176, peso 78 Kg. PA 120x80 mmHg. US abdominal revela esteatose hepática grau III. Para este paciente, qual a melhor opção terapêutica além da dieta, atividade física e metformina?

- a) Silimarina.
- b) Glicazida.
- c) Pioglitazona.
- d) Inibidores de DPP4.
- e) Insulina.

05 Paciente do sexo masculino, 60 anos portador de diabetes tipo 2 há 5 anos, 63 Kg, vinha bem controlado com o uso de glicazida 90 mg/dia e metformina 2 g/dia, procura assistência médica queixando-se de piora da poliúria e polidipsia há cerca de 2 meses. Refere perda de peso que atribui a intensificação da dieta com o intuito de melhorar o controle. Apresenta glicemia de jejum 290 mg/dl, pós prandial 324 mg/dl e HbA1c de 12%. A melhor opção para esse paciente é:

- a) Aumentar a dose da glicazida para 120 mg/dia e da metformina para 2,5 g/dia.
- b) Associar a pioglitazona na dose de 30 mg/dia.
- c) Associar inibidor da DPP4.
- d) Suspender glicazida e iniciar Insulina NPH na dose de 14 UI no desjejum e 7 UI ao deitar.
- e) Suspender a glicazida e iniciar Insulina NPH na dose de 20 UI no desjejum e 10 UI ao deitar.

06 Adolescente de 12 anos é atendida na emergência com queixas de poliúria, polidipsia e perda de peso há mais ou menos 15 dias. Nega tosse, febre, exantemas, cefaleia e queixas urinárias. Ao exame físico encontra-se taquipnéica, desidratada (cerca de 10%) acianótica, inconsciente e hemodinamicamente estável. Peso 40 Kg, estatura 1,50m, PA 90X60 mmHg. Exames complementares realizados: leucócitos $21.350/\text{mm}^3$, bastões 12%, glicemia 434 mg/dl, pH 7,05; bicarbonato 6mEq/l , potássio 3,7; sódio 154; cetonúria positiva. No tratamento inicial deve constar:

- 1- Antibioticoterapia;
- 2- Bicarbonato;
- 3- Solução de cloreto de sódio a 0,9%
- 4- Solução de cloreto de sódio a 0,45%;
- 5- Potássio;
- 6- Soro glicosado a 5%;
- 7- Ringer Lactato;
- 8- Insulina – 0,1 U/Kg/hora.

O esquema mais correto é:

- a) Apenas os itens 1, 2, 3, 5 e 8
- b) Apenas os itens 1, 3, 5 e 8
- c) Apenas os itens 1, 3, 5 e 7
- d) Apenas os itens 1, 2, 3, 5 e 7
- e) Apenas os itens 3, 5 e 8

07 Homem de 45 anos com história de astenia, queda de PA e perda de peso. É soropositivo para HIV há 5 anos. A AIDS pode estar associada a déficit de função adrenal. É correto afirmar que:

- a) A insuficiência adrenal está associada a AIDS desde o início da doença.
- b) Mesmo sem haver comprometimento das adrenais o aumento plasmático das citocinas em pacientes com AIDS pode comprometer o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal.
- c) Algumas drogas podem precipitar a insuficiência adrenal em pacientes com AIDS. Entre elas, fluconazol, cetoconazol, benzodiazepínicos, barbitúricos e fenitoína.
- d) Na maioria das pessoas com alguma destruição adrenal, a prova de estímulo com ACTH é normal.
- e) A causa infecciosa mais comum da destruição das adrenais é a blastomicose.

08 Em relação às doenças endócrinas e metabólicas causadas pela AIDS é INCORRETO afirmar:

- a) A hipocalcemia ocorre em cerca de 6% dos casos.
- b) Anormalidades subclínicas da função tireoideana são encontradas em até 35% dos casos.
- c) A reposição de testosterona está contra-indicada nos pacientes HIV+.
- d) Hiperprolactinemia está associada ao uso de opióides e ao aumento da contagem de células CD4.
- e) É rara a ocorrência de distúrbios na regulação dos minero-corticóides.

09 É INCORRETO afirmar que a avaliação de baixa estatura deve ser realizada em todas as crianças que apresentem:

- a) Estatura abaixo do percentil 10 para a idade.
- b) Velocidade de crescimento $< 5\text{cm}$ ao ano em crianças de 3 aos 12 anos.
- c) Altura menor que 2 desvios-padrão da média da altura dos pais.
- d) Retardo na idade óssea > 2 anos em relação à idade altura.
- e) Retardo no desenvolvimento.

10 A baixa estatura (BE) refere-se geralmente a qualquer criança que se encontre abaixo do percentil 3 da curva do crescimento. São causas da BE durante a infância, EXCETO:

- | | | |
|----------------------|---------------------------|-----------------------|
| a) Fibrose cística. | b) Talassemia. | c) Puberdade precoce. |
| d) Síndrome de Down. | e) Acidose tubular renal. | |

11 O tratamento da hipertensão arterial (HA) visa, em última análise, a redução da morbimortalidade cardiovascular. Sobre as diversas classes de medicamentos utilizados para o tratamento dessa condição, assinale a alternativa INCORRETA:

- a) Do ponto de vista metabólico, o efeito adverso mais comum dos diuréticos é a hipopotassemia, eventualmente acompanhada de hipomagnesemia, que podem induzir arritmias ventriculares, sobretudo extrassístolia.
- b) Os betabloqueadores (BB) promovem diminuição inicial do débito cardíaco e da secreção de renina, havendo readaptação dos barorreceptores e diminuição das catecolaminas nas sinapses nervosas.
- c) Os bloqueadores dos canais de cálcio di-idropiridínicos podem deprimir a função sistólica cardíaca, fato observado em pacientes que não apresentavam essa disfunção antes do início do seu uso.
- d) Os inibidores da enzima conversora da angiotensina podem promover redução do ritmo de filtração glomerular em pacientes com estenose de artéria renal em rim único funcionante.
- e) Os efeitos adversos relacionados ao uso dos bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II são incomuns, sendo o exantema raramente observado.

12 A associação de HA e diabetes mellitus (DM) dobra o risco cardiovascular e tem aumentado a prevalência de HA, fato ligado à elevação das taxas de sobrepeso e obesidade. Sobre a hipertensão em diabéticos, marque a resposta INCORRETA:

- a) Há uma estreita relação entre o desenvolvimento de HA e a presença de albuminúria nessa população.
- b) A incidência de HA pode atingir 75% - 80% dos diabéticos portadores de doença renal do diabetes.
- c) Em aproximadamente 50% dos diabéticos tipo 2, a HA ocorre antes do desenvolvimento de albuminúria.
- d) Cerca de 40% dos pacientes com diagnóstico recente de diabetes tipo 1 tem HA.
- e) Apesar de poderem agravar a resistência à insulina, os BB são úteis no controle pressórico dos diabéticos, em especial quando usados em combinação no tratamento de hipertensos com doença arterial coronariana (DAC).

13 A HA tem prevalência de 3 – 5% e algumas doenças endócrinas podem ser causa de HA. Sobre essas doenças, marque a resposta correta:

- a) O hiperaldosteronismo primário (HAP) é uma condição causada mais frequentemente por hiperplasia adrenal unilateral.
- b) Formas familiares dos feocromocitomas (FEO) apresentam traço autossômico recessivo ou são parte de síndromes com mutações genéticas reconhecidas.
- c) Nos pacientes com síndrome de Cushing e HA, tiazídicos e furosemida devem ser evitados, pois podem piorar a hipocalcemia.
- d) A HA tem prevalência de 60% entre os portadores de acromegalia, mas paradoxalmente a miocardiopatia acromegálica não contribui para elevar a pressão arterial.
- e) Cura da HA é observada em 80% dos pacientes portadores de HAP causado por adenoma unilateral produtor de aldosterona, quando submetidos à cirurgia.

14 Até o momento, a redução do LDL – c por inibidores da HMG – CoA redutase ou estatinas, permanece a terapia mais validada por estudos clínicos para diminuir a incidência de eventos cardiovasculares. Sobre essa classe de drogas, marque a alternativa INCORRETA:

- a) A cada vez que dobramos a dose de qualquer estatina, a redução média adicional do LDL – c é de 6 – 7%.
- b) As estatinas reduzem os triglicérides, em geral, tanto mais quanto maior for sua capacidade em reduzir o LDL – c.
- c) As estatinas podem elevar o HDL – c mas, em geral, com pequeno aumento percentual.
- d) A dosagem rotineira de CPK não é recomendada em pacientes em uso de estatina, exceto se ocorrerem sintomas musculares.
- e) A avaliação das enzimas hepáticas (AST e ALT) deve ser realizada antes do início da terapia com estatina e a cada 3 meses.

15 Os fibratos são fármacos derivados do ácido fibríco que reduzem os níveis séricos de triglicérides e aumentam o HDL – c. Sobre esses fármacos, marque a resposta INCORRETA:

- a) Os estudos clínicos disponíveis demonstram resultados inconsistentes com relação aos seus benefícios na redução de eventos cardiovasculares.
- b) São indicados no tratamento da hipertrigliceridemia endógena.
- c) Em dois grandes estudos (FIELD e ACCORD), reduziram a incidência e progressão de retinopatia, albuminúria e amputações, principalmente distais.
- d) Casos de rabdomiólise são menos frequentes quando se associa estatinas com genfibrozila.
- e) Devem ser usados com cautela em portadores de doença biliar e na insuficiência renal.

16 Em nosso meio, a tireoidite de Hashimoto (TH) é a causa mais comum de hipotireoidismo. Porém, outras condições podem levar a hipotireoidismo. Sobre a etiologia dessa síndrome clínica, marque a resposta correta:

- a) O câncer de tireoide comumente cursa com hipotireoidismo.
- b) As tionamidas (metimazol e propiltiouracil) em doses excessivas, podem causar hipotireoidismo por bloquearem a síntese de T3 e T4.
- c) As tireoidites subagudas com frequência levam a hipotireoidismo, que na grande maioria das vezes é definitivo.
- d) Hipotireoidismo induzido por amiodarona é raro em regiões onde o aporte alimentar de iodo é elevado.
- e) A síndrome de Pendred se caracteriza por surdez neurossensorial bilateral e hipotireoidismo sem bocio.

17 O tratamento do hipotireoidismo consiste na administração de levotiroxina (L – T4) em dose única diária. A cerca disso, assinale a resposta INCORRETA:

- a) As necessidades de L-T4 em crianças e adolescentes são em geral, proporcionalmente maiores do que as de adultos.
- b) Um TSH suprimido indica dose excessiva de L-T4 e necessidade de sua redução.
- c) Pacientes com secreção ácida prejudicada requerem doses mais altas de L-T4.
- d) O uso concomitante de hormônio do crescimento (GH) recombinante humano estimula a conversão de T4 em T3, o que pode levar à necessidade de doses maiores de L-T4.
- e) Terapia androgênica aumenta as necessidades diárias de L-T4.

18 A doença de Graves (DG) é a causa mais comum de hipertireoidismo, tem origem autoimune e é potencialmente fatal quando não tratada. Sobre essa condição assinale a alternativa INCORRETA:

- a) O hipertireoidismo se origina da produção pelos linfócitos T de anticorpos contra o TSH (TRAb).
- b) A DG pode ser consequente à utilização de interferon, terapia antirretroviral para HIV, uso de anticorpo monoclonal e terapia com lítio e amiodarona.
- c) Os pacientes com DG podem apresentar anticorpos antitreoperoxidase(anti TPO), porém em títulos mais baixos do que os observados na tireoidite de Hashimoto.
- d) A captação de iodo radioativo nas 24h (RAIU/24h) se encontra elevada em praticamente todos os pacientes com DG.
- e) Em idosos podemos encontrar o hipertireoidismo apático, no qual as manifestações clássicas da DG habitualmente estão ausentes, predominando sintomatologia cardíaca.

19 Sobre o tratamento da DG, marque a resposta INCORRETA:

- a) Em comparação ao propiltiouracil (PTU), o metimazol (MMI) é melhor tolerado e causa menos hepatotoxicidade.
- b) As tionamidas inibem a captação do iodo pela tireoide e diminuem a liberação dos hormônios já sintetizados.
- c) As tionamidas exercem ação imunossupressora que pode resultar de ação direta do fármaco.
- d) Os níveis séricos de TSH podem permanecer suprimidos por vários meses após a obtenção do eutireoidismo.
- e) Pacientes com maior risco de recorrência após normalização hormonal são aqueles com hipertireoidismo grave, bócios volumosos, orbitopatia, elevada relação T3:T4 e duração do tratamento menor que 12 meses.

20 Paciente de 36 anos, sexo feminino, sem qualquer queixa, descobre nódulo de tireoide em ultrassonografia solicitada pelo ginecologista em consulta de rotina. O nódulo não é palpável, mede 1,2x0,8x0,8cm, é isoecoico, tem limites precisos e fluxo periférico ao Doppler. O TSH e o T4 livre são normais e o anti TPO é negativo. Sobre a melhor conduta neste caso, considerando as recomendações mais recentes, marque a resposta correta:

- a) A PAAF (Punção aspirativa por agulha fina) está indicada.
- b) Considerando as dimensões do nódulo, a PAAF não está indicada pois segundo as novas recomendações, nódulos isoecogênicos só devem ser puncionados quando forem iguais ou maiores a 1,5cm.
- c) A PAAF não está indicada porque trata-se de uma paciente do gênero feminino.
- d) A paciente deve ser medicada com L – T4 para suprimir o TSH e assim reduzir o tamanho do nódulo.
- e) A paciente deve ser encaminhada à cirurgia.

21 Paciente do gênero feminino, 31 anos, apresentou 6 meses após parto normal (sem quaisquer complicações), cefaleia, distúrbios visuais, náuseas, fadiga, polidipsia, poliúria (total da diurese diária em torno de 6 litros). Amamentando normalmente. Foi solicitado Ressonância Magnética da hipófise que evidenciou perda do sinal hiperintenso da neurohipófise nas imagens ponderadas em T1 associada a espessamento da haste maior que 3 mm na altura da eminência média. Apresentou os seguintes exames: ACTH 4,0 pg/mL (VR: 7,2 a 63,3); Cortisol 3,0 mcg/dL (VR: 6,7 a 22,6); Prolactina 190 ng/mL (VR: 2,83 a 30). Referente a esse caso qual afirmativa é a correta?

- a) Insuficiência Adrenal Primária.
- b) Diabetes Insipidus de causa idiopática.
- c) Hipofisite Linfocítica.
- d) Microprolactinoma.
- e) Síndrome de Sheehan.

22 Paciente do gênero masculino, 50 anos, tabagista há 30 anos foi atendido com história de pletora facial, fâcies em lua cheia, diminuição da libido, adelgaçamento da pele, fraqueza muscular intensa e perda de peso nos últimos 4 meses. Apresentou os seguintes exames: ACTH 421,0 pg/mL (VR: 7,2 a 63,3); Cortisol basal às 08:00 23 mcg/dL (VR: 6,7 a 22,6); Cortisol às 08:00 após 1 mg de dexametasona às 23:00 22,0 mcg/dL; Cortisol às 08:00 após 2 dias em uso de dexametasona 0,5 mg a cada 6 horas 21 mcg/dL e Cortisol às 08:00 após 8 mg de dexametasona às 23:00 18 mcg/dL. Foram solicitados ACTH e Cortisol basais e após CRH em bolus intravenoso cujo incremento foi de 10% e 5% respectivamente. Qual a provável causa etiológica da doença do paciente?

- a) Síndrome do ACTH ectópico.
- b) Carcinoma Adrenal.
- c) Doença de Cushing.
- d) Adenoma adrenocortical.
- e) Hiperplasia adrenal macronodular.

23 Paciente do gênero feminino, 30 anos, foi atendida pelo ginecologista com queixas de amenorreia há 4 meses, pele seca, frio e galactorreia. O médico solicitou prolactina cujo resultado foi 150 ng/mL e hCG negativo para gravidez. Em seguida solicitou Ressonância Magnética que mostrou hiperplasia hipofisária intensa com extensão suprasselar. Qual conduta seria correta?

- a) Solicitar TSH e T4 livre.
- b) Encaminharia ao Neurocirurgião para Hipofisectomia por via transesfenoidal.
- c) Encaminharia ao Neurocirurgião para Hipofisectomia por craniotomia.
- d) Solicitaria Macroprolactina.
- e) Indicaria Radioterapia.

24 Paciente do gênero feminino, 30 anos, natural e procedente de Natal com história prévia de tireoidite de Hashimoto é atendida na emergência com quadro sugestivo de Insuficiência Adrenal. Informou que nos últimos 6 meses apresentou significativa hiperpigmentação da pele e mucosa oral. Qual a afirmativa mais correta?

- a) O ACTH e Cortisol encontram-se baixos. A provável causa é Tuberculose.
- b) O ACTH encontra-se elevado e o Cortisol baixo. A provável causa é Tuberculose.
- c) O ACTH e Cortisol encontram-se baixos. A provável causa é Adrenalite Autoimune.
- d) O ACTH encontra-se elevado e o Cortisol baixo. A provável causa é Adrenalite Autoimune.
- e) O ACTH encontra-se elevado e o Cortisol baixo. A provável causa é Paracoccidiodomicose.

25 Paciente com quadro clínico sugestivo de Acromegalia apresentou ao médico os seguintes exames: GH 0,6 (VR: até 2,5 ng/mL) e IGF-1 489 mcg/L (VR para a idade 114 a 400). Qual a afirmativa seria correta?

- a) Solicitar TOTG (teste oral de tolerância a glicose), para dosagens de Glicose e GH.
- b) Ressonância Magnética da Hipófise.
- c) Tomografia Computadorizada da Hipófise.
- d) Repetir a dosagem do GH.
- e) Repetir a dosagem do IGF-1.

26 Qual a principal causa de Insuficiência Adrenal Secundária Adquirida?

- a) Uso de doses suprafsiológicas de glicocorticoides.
- b) Necrose hipofisária pós-parto.
- c) Tumores do terceiro ventrículo.
- d) Traumatismo craniano.
- e) Tumor hipofisário.

27 Paciente com suspeita de Insuficiência Adrenal Secundária foi submetido ao Teste da hipoglicemia induzida pela insulina (ITT) e apresentou em um dos tempos da coleta, glicemia de 38 mg/dL e cortisol sérico máximo após a hipoglicemia de 8 mg/dL. Escolha a afirmativa correta.

- a) O teste descartou a suspeita de Insuficiência Adrenal Secundária.
- b) O teste descartaria a suspeita se a resposta do cortisol fosse acima de 10 mg/dL.
- c) O teste descartaria se a resposta fosse acima de 12 mg/dL.
- d) O teste descartaria se a resposta fosse acima de 18 mg/dL.
- e) O teste não é recomendado para diagnóstico de Insuficiência Adrenal Secundária.

28 Quanto a Insuficiência Renal Aguda as três categorias amplas, insuficiência pré-renal, renal intrínseca e pós renal são consideráveis de utilidade clínica. Na Azotemia pré-renal é correta a afirmava.

- a) A concentração urinária de sódio (nmol/L) é > 10 e a razão entre creatinina urinária e plasmática > 40
- b) A concentração urinária de sódio (nmol/L) é < 10 e a razão ureia/creatinina plasmática < 40
- c) A concentração urinária de sódio (nmol/L) é < 10 e a razão entre creatinina urinária e plasmática > 40
- d) A concentração urinária de sódio (nmol/L) é > 10 e a razão ureia/creatinina plasmática > 40
- e) A concentração urinária de sódio (nmol/L) é > 10 e a razão entre ureia urinária e plasmática < 8

29 Causas comuns de Insuficiência Renal Aguda Pós-renal:

- a) Necrose papilar com obstrução, cirrose hepática e ICC de alto débito.
- b) Rabdomiólise, hemólise e meios de contraste radiológicos.
- c) Nefrite intersticial alérgica, pielonefrite bilateral.
- d) Obstrução do colo vesical, cálculos vesicais e neoplasia pélvica ou abdominal.
- e) Endocardite bacteriana subaguda, púrpura de Henoch-Schönlein e microangiopatia trombótica.

30 Fatores indicadores de Insuficiência Renal Crônica de outra etiologia em Diabéticos:

- a) Taxa de filtração glomerular com declínio muito rápido e presença de retinopatia diabética.
- b) Elevação da creatinina na ausência de albuminúria aumentada.
- c) Aumento na Taxa de filtração glomerular >30 dentro de 2 a 3 meses do início do tratamento com inibidores da enzima de conversão da angiotensina ou bloqueadores do receptor da angiotensina II.
- d) Proteinúria lentamente progressiva.
- e) Hipertensão não refratária.

31 Em relação às pneumonias, é INCORRETO afirmar.

- a) Uso de antibioticoterapia endovenosa nos últimos 90 dias é o único fator de risco comprovadamente associado ao desenvolvimento de pneumonia hospitalar por *S. aureus* metilino resistente de acordo com as evidências.
- b) A pneumonia associada à ventilação mecânica ocorre em cerca de 10 a 15% dos pacientes submetidos a este tratamento, com mortalidade diretamente relacionada ao diagnóstico em torno de 13%.
- c) Uso prévio de antibióticos endovenosos (últimos 90 dias), tempo de hospitalização maior que 5 dias e necessidade de terapia dialítica antes do diagnóstico são fatores de risco para o desenvolvimento de pneumonia associada a ventilação mecânica por patógenos multirresistentes.
- d) Os mesmos fatores de risco citados no item C estão relacionados ao desenvolvimento de pneumonia hospitalar (não associada a ventilação mecânica) por patógenos multirresistentes.
- e) Pacientes com história prévia de fibrose cística e bronquiectasias apresentam risco aumentado para desenvolvimento de pneumonia hospitalar por *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente.

32 Assinale a opção correta em relação a Pneumonia hospitalar

- a) Pacientes com diagnóstico de pneumonia hospitalar em tratamento empírico devem ter cobertura para *Pseudomonas aeruginosa* preferencialmente com uso de um aminoglicosídeo isoladamente.
- b) Todos os pacientes com pneumonia associada a ventilação mecânica em tratamento empírico devem usar um agente antimicrobiano com cobertura para *S. aureus* metilino resistente.
- c) No tratamento empírico da infecção por *S. aureus* metilino resistente, os antibióticos de escolha são Vancomicina ou Linezolida.
- d) O uso de critérios clínicos isoladamente não é suficiente para decidir sobre o início da antibioticoterapia em pacientes com pneumonia hospitalar associada ou não a ventilação mecânica, devendo sempre que possível associar a dosagem de biomarcadores como a procalcitonina para auxiliar nessa decisão.
- e) Os pacientes em tratamento de Pneumonia associada a ventilação mecânica devem ser tratados por no mínimo 14 dias, podendo esse período ser estendido dependendo da evolução clínica e radiológica do paciente.

33 Paciente adulto, 40 anos, previamente hígido, portador de Pneumonia adquirida na comunidade, apresenta quadro grave com choque séptico e é admitido para tratamento em UTI. Qual o patógeno mais provável?

- a) *S. pneumoniae*.
- b) *S. aureus*.
- c) *P. aeruginosa*.
- d) *M. pneumoniae*.
- e) *H. influenzae*.

34 Ainda sobre o paciente da questão anterior, ao chegar na UTI foi feita Tomografia de tórax que mostrou várias áreas de bronquiectasias. Qual seria o esquema antimicrobiano mais adequado?

- a) Cefepime 2g EV de 12/12h + Ciprofloxacina 400mg EV de 12/12h.
- b) Moxifloxacino 400mg EV 1x/dia.
- c) Ceftriaxona 2g EV de 12/12h + Ciprofloxacina 400mg EV de 12/12h.
- d) Levofloxacina 750mg EV 1x/dia + amicacina 500mg EV de 12/12h.
- e) Ceftriaxona 2g/d + Claritromicina 500mg 2x ao dia.

35 Paciente de 55 anos, diabético, tabagista de 55 maços/ano, foi admitido na emergência com dor precordial há cerca de 3h, sudorese e mal estar, Foi feito o diagnóstico de síndrome coronariana aguda sem supra de ST e a troponina veio negativa. Após 48 horas de internação foi submetido à cineangiocoronariografia que revelou acometimento triarterial significativo com bom leito distal. O Ecocardiograma revelou FE de 48%. Qual seria a estratégia terapêutica com nível de recomendação I?

- a) Manter somente o tratamento clínico e acompanhamento ambulatorial.
- b) Angioplastia com implante de Stent.
- c) Angioplastia + tratamento clínico.
- d) Cirurgia de revascularização miocárdica.
- e) A Revascularização miocárdica está contraindicada pela diminuição da fração de ejeção.

36 Com relação à síndrome coronariana aguda (SCA) com elevação do segmento ST e seu tratamento, assinale a alternativa correta:

- a) Betabloqueador endovenoso, se disponível, deve ser iniciado em todos os pacientes com SCA com Supra de ST.
- b) Se o paciente for submetido à angioplastia primária os inibidores de ADP como prasugrel e ticagrelor não são boas opções por aumentar o risco de sangramento em todos os subgrupos de pacientes.
- c) Se o paciente for submetido à trombólise, a preferência é pelo prasugrel ou ticagrelor ao invés do clopidogrel pela maior eficácia na agregação plaquetária.
- d) Na trombólise com tenecteplase, a anticoagulação deve ser feita preferencialmente com a heparina não fracionada pois esta mostrou uma incidência menor de óbito em relação a enoxaparina.
- e) Fondaparinux não deve ser usado em pacientes que serão submetidos à angioplastia primária por aumento do risco de trombose do cateter guia.

37 Paciente de 72 anos, hipertenso e diabético, com dislipidemia, vem ao pronto-socorro com dor precordial irradiada para membro superior esquerdo e mandíbula de início há 30 minutos. Ao exame físico: peso 80 kg, PA 130 x 85, estertores crepitantes em terços inferiores bilateralmente, sem sopros, visceromegalia ou edema. Saturação de O₂ 95% em ar ambiente, inversão de onda T em V₅, V₆, D₁ e aVL. Medicado inicialmente com ácido acetilsalicílico 200 mg VO e dinitrato de isossorbida 5 mg SL, tendo havido melhora da dor, mas sem modificações do ECG. Exames: Hb 13,0 g/dl, ureia 45 mg/dl, creatinina 0,8 mg/dl, troponina negativa, CK-MB normal. Qual é o diagnóstico do paciente, quais as medicações que devem ser iniciadas e qual a conduta em relação à estratificação de risco?

- Síndrome coronariana aguda sem supra de ST de alto risco; clopidogrel 75 mg, enoxaparina 60 mg SC 12/12h, inibidor da glicoproteína IIb/IIIa IV, nitroglicerina IV, estatina, cateterismo cardíaco nas primeiras 24-48h de internação.
- Síndrome coronariana aguda sem supra de ST de alto risco; clopidogrel 75 mg, enoxaparina 80 mg SC 12/12h, propranolol 10 mg 8/8h, nitroglicerina IV, estatina, cateterismo cardíaco nas primeiras 24-48h de internação.
- Infarto agudo do miocárdio sem supra de ST de alto risco; clopidogrel 300 mg, enoxaparina 60 mg SC 12/12h, inibidor da glicoproteína IIb/IIIa, cateterismo cardíaco nas primeiras 24-48h de internação.
- Angina instável de alto risco; clopidogrel 300 mg, enoxaparina 80 mg SC 12/12h, nitroglicerina IV, estatina, cateterismo cardíaco nas primeiras 24-48h de internação.
- Síndrome coronariana aguda sem supra de ST de moderado risco; clopidogrel 300 mg, enoxaparina 80 mg SC 12/12h, propranolol 10 mg 8/8h, estatina, cintilografia miocárdica.

38 Referente ao tratamento do infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST, assinale a alternativa correta.

- O uso de betabloqueadores venosos como o metoprolol deve ser empregado em todos os pacientes.
- O uso de enoxaparina 1mg/Kg de peso, 2 vezes ao dia, deve ser feito em todos pacientes e dose de heparina não fracionada se o paciente for para cateterismo.
- Oxigenioterapia deve ser utilizada por 24h continuamente independente da saturação de O₂ do paciente.
- Os inibidores da glicoproteína IIb/IIIa são úteis nos doentes de alto risco que vão ficar em tratamento clínico ou vão para revascularização miocárdica.
- A dupla antiagregação plaquetária com AAS e bloqueador do receptor ADP deve ser feita sempre que possível.

39 Uma paciente de 18 anos vem consultar por amenorreia primária. Sobre esse caso, assinale a alternativa INCORRETA.

- Se for um caso de hipogonadismo, a dosagem de FSH pode diferenciar se o problema é em nível central ou ovariano.
- Se a paciente apresentar desenvolvimento de mamas e ausência de útero e vagina em fundo cego, o cariótipo pode diferenciar agenesia mulleriana de insensibilidade androgênica.
- Pacientes com deficiência de GnRH apresentam amenorreia primária com hipogonadismo hipergonadotrófico.
- Pacientes com hipogonadismo hipergonadotrófico devem ser avaliadas com cariótipo, pois a etiologia pode ser disgenesia gonadal.
- Hímen imperfurado pode ser a causa da amenorreia primária se a paciente não tem hipogonadismo.

40 Em relação a falência ovariana precoce, analise as afirmações a seguir e assinale a resposta correta.

- I – As alterações laboratoriais são compatíveis com um hipogonadismo hipergonadotrófico
 II – As alterações laboratoriais são compatíveis com hipogonadismo hipogonadotrófico
 III – O quadro clínico manifesta-se sempre antes dos 40 anos
 IV – Só há possibilidade de gestação através do uso de óvulos doados

Estão corretas apenas

- I e III.
- II e III.
- I, II e IV.
- I, III e IV.
- I e IV.

RASCUNHO

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome: _____ Carteira nº _____