

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO

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



DIA - 16/12/2018

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:

ENDOCRINOLOGIA



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

16 de Dezembro 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 Paciente do sexo masculino, 60 anos portador de diabetes tipo 2 descoberto há 5 anos, peso 63 Kg; altura 170 cm, vinha bem controlado com o uso de glicazida 90 mg/dia e metformina 2 g/dia (sic). 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) Suspender a glicazida e iniciar Insulina NPH na dose de 20 UI no desjejum e 10 UI antes do jantar.
- b) Trocar a glicazida por glibenclamida na dose de 20 mg/dia.
- c) Associar a acarbose na dose de 150 mg/dia.
- d) Associar inibidor da SGLT2.
- e) Suspender a glicazida e iniciar Insulina NPH na dose de 14 UI no desjejum e 7 UI ao deitar.

02 Mulher de 60 anos, parda, tabagista, descobriu ser diabética há 10 anos. Refere também hipertensão arterial e dislipidemia. Submetida a angioplastia há 3 anos. Queixa-se de episódios esparsos de hipoglicemia quando atrasa alguma refeição e eventualmente na madrugada. Em uso de metformina 500 mg/dia, glibenclamida 5 mg/dia, enalapril 10 mg de 12/12 horas, sinvastatina 20 mg/dia. Peso 84 Kg, Altura 158 cm, PA 150x80 mmHg. Restante do exame NDN. Glicemia de jejum 167 mg/dl, glicemia pós-prandial 170 mg/dl, HbA1c 8,2% (HPLC), Colesterol total 201 mg/dl, HDL 56 mg/dl; triglicérides 280 mg/dl, creatinina 1,25 mg/dl, MDRD 57,88 mL / min/1,73. 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) Suspender a glibenclamida, manter a metformina e associar um inibidor da SGLT2.
- c) Suspender ambos e iniciar insulina pois estão contraindicados devido a alteração da função renal.
- d) Aumentar a glibenclamida para 20 mg e suspender a metformina.
- e) Manter tanto a metformina quanto a glibenclamida e associar pioglitazona.

03 Em relação à paciente anterior:

- a) A droga hipolipemiante de escolha deve ser a sinvastatina 40 mg/dia.
- b) Devemos substituir a sinvastatina por um fibrato uma vez que a paciente também apresenta hipertrigliceridemia.
- c) Por conta do aumento do colesterol e dos triglicérides, nesta paciente devemos associar um fibrato.
- d) A melhor conduta é trocar a sinvastatina por atorvastatina 40 mg/dia.
- e) O tratamento inicial da dislipidemia deve ser sempre dieta rigorosa.

04 Mulher de 50 anos, sem queixas, durante o dia mundial do diabetes fez glicemias capilar na praça de sua cidade cujo valor foi 170 mg/dl. A conduta inicial mais correta é:

- a) Fazer uma glicemia pós-prandial. Se for acima de 140 confirma o diagnóstico.
- b) Fazer glicemia após 75g de glicose anidra. Se for acima de 140 mg/dl confirma o diagnóstico.
- c) Fazer uma glicemia de jejum. Se a glicemia de jejum for acima de 126, repetida, confirma o diagnóstico de diabetes
- d) Fazer uma HbA1c. Se esta for acima de 5,7% confirma o diagnóstico.
- e) Iniciar o tratamento.

05 Homem com 45 anos de idade portador de diabetes mellitus descoberto há 5 anos, em uso de Insulina NPH 42 unidades ao acordar e 20 unidades as 22 horas; insulina regular 6 unidades imediatamente antes do café, almoço e jantar; enalapril 10 mg 2x/dia, rosuvastatina 10 mg/dia. Vem com os seguintes exames de laboratório: glicemia de jejum 184 mg/dl; HbA1c 9,5%; ureia 34 mg/dl; creatinina 0,8 mg/dl; triglicérides 88 mg/dl; colesterol total 120 mg/dl; HDL 56 mg/dl; EAS normal. Traz consigo monitorização domiciliar com os seguintes resultados:

AC	DC	AA	DA	AJ	DJ	AD	MAD
120	219	54	234	46	210	60	92

AC – antes do café; DC – depois do café; AA – antes do almoço; DA – depois do almoço; AJ – antes do jantar; DJ – depois do jantar; AD – antes de dormir; MAD – madrugada.

A melhor conduta é:

- Trocar a insulina regular por lispro ou aspart.
- Associar inibidor da alfa-glicosidase antes das refeições.
- Diminuir a dose de insulina regular.
- Diminuir a dose de insulina NPH.
- Trocar a insulina NPH por glargina.

06 Criança de 9 anos é atendida na emergência com queixas de poliúria, polidipsia e perda de peso há \pm 8 dias. Nega febre. Ao exame físico encontra-se taquipnéica, desidratada (cerca de 8%) acianótica, inconsciente e hemodinamicamente estável. Restante NDN. Peso 26 Kg, estatura 1,25m, PA 80X50 mmHg. Exames complementares realizados: leucócitos 22.000/mm³, bastões 14%, glicemia 462 mg/dl, pH 7,0; bicarbonato 7mEq/l, potássio 3,8; sódio 155; cetonúria positiva. No tratamento inicial deve constar:

- Antibioticoterapia.
- Potássio.
- Bicarbonato.
- Solução de cloreto de sódio a 0,45%.
- Solução de cloreto de sódio a 0,9%.
- Soro glicosado a 5%.
- Ringer Lactato.
- Insulina – 0,1 U/Kg/hora em bomba de infusão.

O esquema mais correto é:

- Apenas os itens 1, 2, 3, 4 e 8.
- Apenas os itens 1, 3, 6 e 8.
- Apenas os itens 1, 2, 3, 7 e 8.
- Apenas os itens 2, 5, 8.
- Apenas os itens 3, 5 e 8.

07 Entre 33 e 75% dos pacientes com infecção por HIV em tratamento com TARV (Terapia Anti-Retroviral), desenvolvem uma síndrome denominada lipodistrofia que se caracteriza por algumas alterações metabólicas. Marque a resposta INCORRETA:

- Hipertrigliceridemia.
- Hipercolesterolemia.
- Aumento da apolipoproteína B.
- Hiperglicemia.
- Hipoinsulinemia.

08 Em pacientes acometidos de AIDS, pode ocorrer insuficiência adrenal com maior frequência que na população geral. As causas infecciosas mais comuns são, EXCETO:

- a) Toxoplasmose.
- b) Micobactérias.
- c) Citomegalovírus.
- d) Criptococose.
- e) Histoplasmose.

09 Crianças com altura inferior ao percentil 3 são consideradas com baixa estatura. Na investigação inicial da baixa estatura em crianças devemos solicitar exames complementares. Marque a alternativa INCORRETA.

- a) Provas de função hepática.
- b) Provas de função renal.
- c) RNM de hipófise e teste da clonidina.
- d) Provas de função tireoideana.
- e) Idade óssea.

10 É INCORRETO afirmar que na baixa estatura constitucional, invariavelmente o melhor tratamento é:

- a) Alimentação saudável.
- b) Hormônio do crescimento.
- c) Atividade física regular.
- d) Horas de sono adequada.
- e) Vacinação completa.

11 Paciente masculino de 63 anos, aposentado, hipertenso há cerca de 5 anos e diabético há 2 anos, referindo tosse com expectoração amarelada há cerca de 4 dias, com febre hoje de 38,5°C aferida pela manhã. Ao exame físico apresenta-se corado, hidratado, dispneico. Ausculta respiratória com crepitações em base de HTD, ausculta cardíaca normal. PA – 150x95mmHg; Fc: 88bpm; Fr: 31 irpm; Saturação de O₂ em ar ambiente 94%; glicemia capilar: 165mg/dl. Exames laboratoriais: Hb – 12,8%; Ht: 35%; Leucócitos: 12.900; Bastões: 8%; Plaquetas: 185.000; Ur: 35mg/dl; Creatinina: 1,2mg/dl; Na⁺: 140mEq/l.

Sobre o caso acima, assinale a resposta correta:

- a) O paciente acima não apresenta critérios de gravidade e deve ser tratado ambulatorialmente com Amoxicilina + clavulonato por 5-7 dias, associado a corticoide por 5 dias.
- b) O paciente deve ser internado para tratamento com antibioticoterapia injetável, já que por ser diabético e hipertenso preenche critérios de gravidade.
- c) A melhor forma de detectar o agente etiológico e definir o tratamento nesse caso é a bacterioscopia pelo GRAM com cultura da amostra do escarro.
- d) O paciente acima não apresenta critérios de gravidade e deve ser tratado ambulatorialmente com Amoxicilina + clavulonato por 5-7 dias.
- e) O tratamento empírico deve ser evitado nesse caso, objetivando-se diminuir a seleção de germes resistentes, principalmente no ambiente hospitalar.

12 Sobre os escores de avaliação da gravidade da PAC, é correto afirmar:

- a) Os critérios adotados pela ATS/IDSA (2007) são os mais indicados para avaliação de gravidade em pacientes ambulatoriais.
- b) A gravidade da doença definida pelos scores é o fator preponderante para a decisão por internação hospitalar, sem a necessidade de levar em consideração outros fatores como comorbidades associadas, viabilidade de uso de medicação oral ou fatores socioeconômicos.
- c) O PSI é o escore mais adequado para avaliar a gravidade de pneumonia em pacientes jovens.
- d) Nos scores SCAP e SMART-COP, uma pontuação ≥ 10 e <3 , respectivamente, indicam maior risco de uso de ventilação mecânica e drogas vasoativas.
- e) A maior limitação do CURB – 65 é a falta de inclusão de comorbidades que podem acrescentar maior risco de complicações, o que faz com que seu valor preditivo positivo para mortalidade seja inferior ao PSI.

13 Sobre a duração do tratamento da Pneumonia Adquirida na comunidade, assinale a afirmação INCORRETA:

- a) O tratamento de pacientes internados em UTI deve ser feito sempre por 10 – 14 dias.
- b) A terapia de curta duração parece ser a mais apropriada para pacientes com PAC de gravidade leve a moderada, pela menor exposição do paciente ao antibiótico, diminuição do risco de desenvolvimento de resistência e melhora da adesão.
- c) A escolha da duração do tratamento deve ser avaliada pela gravidade, e não pelo agente etiológico da PAC.
- d) Em pacientes com PAC por Pneumococo resistente à penicilina, o tratamento pode ser feito por 5 – 10 dias, dependendo da gravidade do quadro.
- e) Nos pacientes com infecção por Pseudomonas, o tratamento não deve ser feito por menos de 10 dias, independente da gravidade.

14 Paciente de 66 anos, masculino, diabético, é admitido com IAM de parede anterior e choque cardiogênico com 6 horas de evolução. Neste caso, qual a terapia mais eficaz?

- a) Vasopressores + vasodilatadores.
- b) Balão intra-aórtico.
- c) Revascularização miocárdica precoce.
- d) Trombolítico.
- e) Drogas vasoativas.

15 Sobre o tratamento da síndrome coronariana aguda assinale o INCORRETO:

- a) Em pacientes com mais de 75 anos, a dose do clopidogrel deve ser corrigida.
- b) O nitrato é contraindicado para pacientes que tenham feito uso de Sildenafil nas últimas 24h.
- c) A administração de oxigênio não é necessária em todos os pacientes com SCA. As principais indicações são: saturação de O₂ < 94%, desconforto respiratório ou congestão pulmonar.
- d) O tempo porta-balão ideal em um serviço com hemodinâmica deve ser de até 90 minutos.
- e) Os pacientes com síndrome coronariana aguda, taquicardia e congestão pulmonar são os que mais se beneficiam do uso de Metoprolol 5mg EV.

16 Sobre o uso de trombolíticos na Síndrome coronariana aguda, marque a alternativa correta.

- a) Sexo masculino é um fator de risco independente para AVC após uso de trombolítico.
- b) Dissecção aguda de aorta é contraindicação relativa ao uso de trombolíticos.
- c) Mesmo em pacientes idosos, não há necessidade de ajuste de dose da tenecteplase.
- d) Antecedente de acidente vascular isquêmico há menos de 3 meses é contraindicação absoluta ao uso de trombolíticos.
- e) O ticagrelor tem se mostrado superior ao clopidogrel quando utilizado em associação com os trombolíticos.

17 Paciente de 67 anos, diabética, hipertensa e com antecedente de AVC isquêmico há 2 anos, chega ao pronto socorro queixando-se de dor em região epigástrica há 4 horas, sudorese e dispneia. Ao exame: PA – 105x75mmHg; Fc: 88bpm; Fr: 30irpm; Saturação de O₂: 95% em ar ambiente. ACV: RCR em 2T, bulhas hipofonéticas, sem sopros. AR: MV+, com crepitações finas em bases de AHT. ECG mostra uma Síndrome coronariana aguda com supra de ST. Sobre o caso a seguir, marque a opção correta:

- a) A administração de nitrato nesse caso está contraindicada porque a paciente não apresenta níveis pressóricos aumentados.
- b) Há indicação de oxigenioterapia para a paciente em questão, pois apesar da saturação de oxigênio está normal, a mesma mostra sinais de desconforto respiratório.
- c) A história prévia de AVCi contraindica o uso de enoxaparina.
- d) Deve-se iniciar sinvastatina 40mg VO para essa paciente nas primeiras 24h.
- e) O uso do betabloqueador deve ser postergado pois a paciente apresenta dispneia.

18 Paciente de 73 anos, sem comorbidades, ativo e independente para atividades de vida diária vem ao ambulatório queixando-se de astenia intensa, que está dificultando a realização da caminhada diária. Refere também aumento da circunferência abdominal e labilidade emocional. Exames pedidos pelo geriatra mostraram os seguintes resultados: GJ: 105mg/dl; CT: 229mg/dl; HDL: 30mg/dl; TGD: 155mg/dl; Testosterona total: 280ng/dl; Testosterona livre: 2ng/dl; PSA: 0,7ng/dl; função renal e hepáticas normais. Em relação a este caso, assinale a alternativa INCORRETA:

- Uma elevação do PSA de 0,7 para 2,6 ng/ml, durante a reposição, deve ser considerada como risco de neoplasia prostática.
- As preparações transdérmicas são preferíveis.
- A reposição de testosterona está indicada, já que a testosterona sérica está menor que 300 ng/dl, para reduzir o risco cardiovascular.
- O undecanoato de testosterona oral requer a administração em várias tomadas ao dia.
- As injeções intramusculares de cipionato e enantato de testosterona levam a grandes variações séricas.

19 Mulher de 25 anos, G2P2, referindo queixas de calor excessivo, irritabilidade e amenorreia desde o último parto há 2 anos, ocasião em que foi submetida também a histerectomia de urgência por atonia uterina com grande hemorragia. Refere que só conseguiu amamentar seu filho recém-nascido por 7 dias e vem referindo também astenia e queda de cabelo há 2 meses. Sobre a hipótese diagnóstica mais provável neste caso, assinale a alternativa correta:

- Nos exames laboratoriais espera-se encontrar alterações compatíveis com hipogonadismo hipergonadotrófico.
- Caso não seja feita reposição hormonal adequada, a paciente tem alto risco de desenvolver osteoporose precocemente.
- Não há indicação de reposição hormonal, pois a paciente não foi submetida à ooforectomia.
- A amenorreia da paciente tem como causa provável uma hiperprolactinemia.
- Associadas ao hipogonadismo, alterações compatíveis com hipotireoidismo primário podem ser encontradas nos exames laboratoriais.

20 Paciente de 17 anos, vem ao ambulatório queixando-se de amenorreia primária. Iniciou atividade sexual há 1 ano, sem queixas relacionadas. Ao exame físico tem mamas de desenvolvimento normal para a idade; genitália externa feminina, sem alteração de clitóris, porém com pelos pubianos quase ausentes. Peso: 65Kg; Altura: 1,62m; PA – 115x75mmHg. Traz exames pedidos pelo clínico geral: LH – 15mUI/ml; FSH: 9mUI/ml; PRL 10ng/dl; Estradiol: 20pg/ml; Testosterona total: 510ng/dl (VR: 8-75ng/dl). Qual seria a hipótese diagnóstica mais provável?

- Síndrome dos ovários policísticos.
- Hiperplasia adrenal congênita.
- Síndrome de Turner.
- Síndrome de Morris.
- Deficiência de 5 α redutase.

21 Paciente de 31 anos, gênero feminino, professora do ensino fundamental, procura endocrinologista porque há dois meses percebeu “caroço” na face anterior do pescoço e começou a apresentar insônia, palpitações, irritabilidade, intolerância ao calor e tremor discreto em mãos. Traz exames solicitados pelo clínico do posto de saúde. Antecedentes – nega doença tireoidiana na família. Ao exame físico: ansiosa, pele quente e úmida e FC – 116bpm. Tireoide – nódulo de consistência fibroelástica á palpação, móvel e indolor, em LD da tireoide. Restante do exame físico sem alterações. Exames complementares: TSH – 0,1mUI/mL, T4 livre – 2,1ng/dl, anti TPO negativo. USG(ultrassonografia) de tireoide: tireoide de textura heterogênea, com nódulo misto, parte sólida isocogênica, de contornos regulares, sem microcalcificações, mais largo que alto, com fluxo periférico, medindo 2,0x2,1,1,9cm, Chammass II, TI – RADS 2. Em relação à conduta a ser adotada, assinale a alternativa correta:

- Solicitar a cintilografia com iodo I131 e se o nódulo for hipercaptante tratar com I131 após controle da função tireoidiana. Se normo ou hipocaptante, solicitar PAAF (punção aspirativa por agulha fina) guiada por USG.
- Solicitar PAAF guiada por USG.
- Iniciar tapazol 20mg/dia e propranolol 40mg de 12/12h.
- Encaminhar para tratamento com I131.
- Encaminhar para cirurgia.

22 Paciente de 36 anos, gênero feminino, dona de casa, é encaminhada ao endocrinologista pelo seu ginecologista, porque em consulta de rotina solicitou uma USG de tireoide e esta mostrou nódulo em tireoide. Paciente não tem qualquer queixa. Antecedentes – irmã tem nódulo benigno de tireoide e faz acompanhamento (SIC). Ao exame físico: nódulo em istmo, móvel á deglutição, consistência elástica e indolor. Exames complementares: TSH – 1,8mUI/mL, T4 livre – 1,1ng/dl anti TPO negativo. USG de tireoide – tireoide discretamente heterogênea, com nódulo sólido, hiperecogênico, de contornos regulares, mais largo que alto, sem microcalcificações, com fluxo periférico, medindo 1,8x1,2x1,5cm em istmo, Chammass II, TI – RADS 3. Considerando a classificação ACR TI – RADS para a indicação de PAAF, assinale a alternativa correta:

- a) A PAAF deve ser solicitada pois nódulo com classificação TI – RADS 3 deve ser puncionado se maior ou igual a 1,5cm.
- b) A PAAF deve ser solicitada pois nódulo TI – RADS 3 deve ser puncionado independente do tamanho.
- c) A PAAF não deve ser solicitada pois a paciente é do gênero feminino e não tem história familiar de doença maligna da tireoide.
- d) A PAAF não deve ser solicitada pois o nódulo apresenta vasos apenas em sua periferia.
- e) A PAAF não deve ser solicitada pois nódulo com classificação TI – RADS 3 só deve ser puncionado se maior ou igual a 2,5cm.

23 O diagnóstico de hipotireoidismo subclínico (HSC) é bioquímico e se baseia na presença de níveis séricos normais tanto de tiroxina livre (T4) quanto de triiodotironina (T3) e na concomitância de níveis elevados de hormônio tireoestimulante (TSH). Sobre o tratamento dessa condição, assinale a resposta INCORRETA

- a) Medicamentos que alteram a absorção da L – tiroxina, como bloqueadores de bomba de prótons, sais de cálcio ou ferro devem ser tomados quatro horas antes ou depois da sua ingestão.
- b) Níveis de TSH com elevação progressiva, anticorpo antiperoxidase positivo e USG com alteração textural difusa são marcadores de progressão para hipotireoidismo franco e indicativos de tratamento.
- c) O tratamento do HSC é consensual durante a gestação e em mulheres que pretendem engravidar em breve, em função de complicações maternofetais durante a gestação.
- d) O início da reposição de L – tiroxina está indicado sempre que o TSH esteja persistentemente elevado acima de 4,5.
- e) Pacientes com mais de 70 – 75 anos podem permanecer com valores de TSH um pouco mais elevados.

24 O hipotireoidismo primário é uma doença muito prevalente em todo o mundo e compromete o organismo de maneira global. Sobre as diversas alterações que essa condição provoca, marque a alternativa INCORRETA:

- a) Várias alterações endócrinas podem ocorrer no hipotireoidismo tais como hiperprolactinemia e hiporresponsividade do GH aos testes de estímulo.
- b) Entre as manifestações neurológicas algumas das mais comuns são hiporreflexia profunda, alterações vestibulares e distúrbios visuais.
- c) Uma queixa comum em hipotireoideos é a redução do apetite com ganho ponderal, sendo pois a obesidade um achado comum nesses pacientes.
- d) Hipotireoideos podem apresentar cardiomegalia, risco aumentado para doença arterial coronariana e baixa voltagem do QRS.
- e) A anemia causada pelo hipotireoidismo pode ser normocítica ou macrocítica e responde à reposição de levotiroxina.

25 A doença de Graves (DG) representa a etiologia mais comum de hipertireoidismo e suas manifestações clínicas são decorrentes do efeito estimulatório dos hormônios tireoidianos sobre o metabolismo. Sobre essa condição, assinale a alternativa correta:

- a) Oftalmopatia clinicamente evidente ocorre em até 90% dos pacientes.
- b) Há um quadro chamado hipertireoidismo apático, observado em pacientes idosos, em que ocorrem astenia intensa, fraqueza muscular e prostração.
- c) O bocio é sempre simétrico, mas o volume é variável.
- d) Na DG observam-se leucopenia, hipocalcemia e hipocalciúria.
- e) A atual diretriz da Associação Americana de Tireoide propõe que o propiltiouracil deve ser sempre a primeira escolha no tratamento dessa condição devido à sua longa ação.

26 Sobre a utilidade dos exames complementares na DG, marque a alternativa INCORRETA:

- a) A USG tem sensibilidade superior à captação de iodo radioativo nas 24h(RAIU/24h) para o diagnóstico da DG.
- b) A RAIU/24h encontra-se elevada em praticamente 100% dos casos de DG.
- c) A USG com Doppler colorido pode diferenciar a DG da tireotoxicose induzida pela destruição folicular.
- d) Cintilografia com I131 deve ser realizada em pacientes com nódulos identificados à USG, para avaliar se tais nódulos são “quentes” ou “frios”.
- e) A PAAF está indicada quando forem encontrados nódulos tireoidianos normo ou hipocaptantes à cintilografia.

27 Sobre as recomendações do Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce, ACC, AHA, 2013, marque a resposta INCORRETA:

- a) Atorvastatina 80mg e rosuvastatina 20mg por dia reduzem o LDL – C 50% em média e demonstrou reduzir os eventos decorrentes da ASCVD.
- b) O uso de estatina de moderada intensidade deve ser considerada em indivíduos > 75 anos com ASCVD clínica.
- c) Em indivíduos com ASCVD clínica ou LDL – C \geq 190mg/dl, não é apropriado estimar o risco em 10 anos de ASCVD.
- d) Na prevenção primária, fatores adicionais tais como etnia, LDL – C \geq 160mg/dl e PCR ultrasensível > 2mg/L, podem influenciar o risco de ASCVD naqueles indivíduos para os quais uma decisão para iniciar tratamento medicamentoso não está clara.
- e) A terapia com estatina de alta intensidade deve ser iniciada em adultos com idade \geq 75 anos, com doença arterial aterosclerótica (ASCVD) clínica que estejam recebendo estatina de baixa ou moderada intensidade.

28 Ainda considerando o Guideline da ACC e AHA de 2013, marque a resposta correta:

- a) Essa diretriz recomenda a medição de rotina da creatina fosfoquinase em indivíduos que recebem terapia com estatina.
- b) A diminuição da dose de estatina pode ser considerada quando o valor de LDL – C for < 40mg/dl.
- c) Indivíduos diabéticos em prevenção primária, com idade entre 40 a 75 anos e risco de ASCVD > 7,5%, devem receber estatina de alta intensidade, exceto se contra indicado.
- d) Um segundo perfil lipídico deve ser obtido 2 semanas após iniciar a terapia com estatina a fim de verificar sua eficácia.
- e) Fibratos estão indicados se níveis de triglicérides \geq 1000mg/dl.

29 Em relação às recomendações do Eighth Joint Nacional Committee (JNC 8), marque a resposta INCORRETA:

- a) Na população em geral, em ≥ 60 anos, deve-se iniciar o tratamento medicamentoso para baixar a pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 150 mmHg ou a pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg para uma meta de PAS < 130 mmHg e uma meta para PAD < 80 mmHg.
- b) Na população em geral, em pacientes < 60 anos, deve-se iniciar tratamento farmacológico para reduzir PAD ≥ 90 mmHg para meta < 90 mmHg e PAS ≥ 140 mmHg para meta < 140 mmHg.
- c) Na população em geral, em pacientes ≥ 18 anos com doença renal crônica (DRC), iniciar terapia farmacológica para reduzir PAS ≥ 140 mmHg ou PAD ≥ 90 mmHg para uma meta de PAS < 140 mmHg e PAD < 90 mmHg.
- d) Na população em geral, em pacientes ≥ 18 anos com diabetes, deve-se iniciar terapia farmacológica para reduzir PAS ≥ 140 mmHg ou PAD ≥ 90 mmHg para uma meta de PAS < 140 mmHg e PAD < 90 mmHg.
- e) Na população em geral, em pacientes ≥ 18 anos com DRC, o tratamento antihipertensivo deve incluir um inibidor de ECA (IECA) ou um bloqueador do receptor de angiotensina (BRA), para melhorar as condições renais.

30 Sobre as metas no tratamento da hipertensão, de acordo com o JNC 8, assinale a resposta INCORRETA:

- a) Se a meta não for alcançada com dois medicamentos, deve-se adicionar e titular um terceiro medicamento de uma das classes recomendadas (tiazídico, IECA, BRA ou bloqueador de canal de cálcio (BCC).
- b) Se a meta não for atingida dentro de uma semana de tratamento, deve-se aumentar a dose do medicamento ou adicionar um segundo medicamento.
- c) Não devem ser usados IECA e BRA no mesmo paciente.
- d) Se a meta da pressão arterial (PA) não for alcançada usando apenas os medicamentos das classes recomendadas acima, drogas de outras classes podem ser usadas.
- e) O encaminhamento para um especialista em hipertensão pode ser indicado em pacientes nos quais a meta da PA não foi atingida com a estratégia sugerida acima.

31 Em torno de 55% a 85% dos pacientes com Síndrome de Cushing apresentam hipertensão arterial. Qual afirmativa não é correta:

- a) Os glicocorticoides aumentam a taxa de filtração glomerular.
- b) Os glicocorticoides aumentam o transporte de sódio no túbulo proximal.
- c) Os glicocorticoides aumentam o depuramento de água livre.
- d) O cortisol, pode agir nos túbulos distais causando retenção de sódio e excreção de potássio.
- e) Os glicocorticoides diminuem a síntese de angiotensinogênio.

32 Quanto a Síndrome de Cushing endógena é correto afirmar que:

- a) Maior incidência entre 45 e 65 anos.
- b) O ACTH não está suprimido no adenoma de adrenal.
- c) Antes da puberdade há predominância do sexo masculino.
- d) A causa mais comum é o adenoma hipofisário.
- e) A displasia adrenal primária nodular e pigmentada não é uma causa rara.

33 Paciente do gênero feminino, 49 anos, apresentou bócio, taquicardia, sudorese e tremores de extremidades. Exames laboratoriais: TSH elevado, T4 livre e T3 elevados. Anti-TPO normal. Qual a hipótese diagnóstica?

- a) Hashitoxicose.
- b) Doença de Graves.
- c) Tireotropinoma.
- d) Tireoidite Linfocítica.
- e) Hipotireoidismo.

34 Paciente do gênero feminino, 29 anos, apresenta amenorreia há 6 meses e galactorreia. Apresentou exames solicitados pela ginecologista: TSH 96,0 mU/L (VR: 0,4 a 4,2), T4 livre 0,5 ng/dL (VR: 0,7 a 1,8) e Prolactina 150 ng/mL (VR: até 22). Qual afirmativa não é correta:

- a) Solicitar Ressonância Magnética da Hipófise.
- b) Iniciar tratamento com Levotiroxina.
- c) A hiperprolactinemia leva ao hipogonadismo hipogonadotrófico.
- d) A secreção da prolactina está sob tônus inibitório da dopamina.
- e) O TRH elevado é uma das causas de hiperprolactinemia.

35 Diante do achado de hiperprolactinemia em uma paciente assintomática, que foi descartado gestação e uso de quaisquer medicamentos, qual conduta é a correta:

- a) Dosar a dopamina.
- b) Fazer o teste do TRH.
- c) Dosar a prolactina diluída 1 para 100.
- d) Pesquisa de Macroprolactina.
- e) Dosar LH e FSH.

36 Acromegalia é uma doença sistêmica decorrente da produção excessiva do hormônio do crescimento. Dentre as complicações cardiovasculares, qual a INCORRETA:

- a) Hipertrofia do ventrículo esquerdo.
- b) Hipotensão arterial.
- c) Alterações da onda T.
- d) Alterações dos segmentos S-T.
- e) Arritmias e defeitos de condução.

37 Paciente do gênero feminino, 33 anos, portadora de Tireoidite de Hashimoto e amenorreia há 8 meses, foi atendida na emergência com quadro clínico de hipotensão arterial, PA 80 x 20 mmHg, taquicardia, febre e trazia sumário de urina compatível com infecção do trato urinário. Ao exame físico hiperpigmentação do lábio inferior, base da língua e das linhas das palmas das mãos. Foi solicitado Cortisol de urgência e após a coleta instituído tratamento. Qual a provável hipótese diagnóstica?

- a) Insuficiência adrenal secundária devido a adenoma da hipófise.
- b) Insuficiência adrenal secundária devido a necrose hipofisária pós-parto.
- c) Insuficiência adrenal primária, devido adrenalite autoimune.
- d) Insuficiência adrenal primária devido a tuberculose.
- e) Insuficiência adrenal primária devido a paracoccidiodomicose.

38 Para confirmação da Insuficiência Adrenal Secundária, qual o melhor Teste Diagnóstico?

- a) Teste do glucagon.
- b) Teste de estimulação rápida com ACTH.
- c) Teste do CRH.
- d) Dosagem da atividade plasmática de renina e aldosterona.
- e) Teste da hipoglicemia induzida pela insulina.

39 Quanto aos Índices Diagnósticos Urinários na Diferenciação da Azotemia Pré-Renal versus Renal Intrínseca, qual a INCORRETA?

- a) Na Azotemia Pré-renal a concentração urinária de sódio (mmol/L) é maior que 10.
- b) Na Azotemia Pré-renal a Osmolalidade urinária (mosmol/KgH₂O) é maior que 500.
- c) Na Azotemia Pré-renal a Densidade urinária é maior que 1.018.
- d) Na Azotemia renal Intrínseca a Razão entre creatinina urinária e plasmática é maior que 20.
- e) Na Azotemia renal Intrínseca a Razão entre ureia urinária e plasmática é menor que 3.

40 Quando indicar Diálise em paciente com Insuficiência Renal Crônica de acordo com TFG?

- a) entre 25 - 30 mL/min.
- b) entre 30 – 35 mL/min.
- c) entre 35 – 40 mL/min.
- d) entre 40 – 45 mL/min.
- e) < 10 mL/min.

RASCUNHO

RASCUNHO

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome: _____ Carteira n° _____