



PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIAS MÉDICAS



Universidade
Estadual do Piauí

PROVA ESCRITA OBJETIVA – TIPO 05

RESIDÊNCIAS MÉDICAS: **NEFROLOGIA**

DATA: 16/01/2022 – HORÁRIO: 8h30 às 10h30 (horário do Piauí)

LEIA AS INSTRUÇÕES:

01. Você deve receber do fiscal o material abaixo:
 - a) Este caderno (**TIPO 05**) com 50 questões objetivas sem falha ou repetição.
 - b) Um CARTÃO-RESPOSTA destinado às respostas objetivas da prova. *Verifique se o tipo de caderno (TIPO 05) é o mesmo que consta no seu Cartão-Resposta.*

OBS: Para realizar sua prova, use apenas o material mencionado acima e, em hipótese alguma, papéis para rascunhos.
02. Verifique se este material está completo e se seus dados pessoais conferem com aqueles constantes do CARTÃO-RESPOSTA.
03. 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.
04. 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.
05. 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.
06. Tenha muito cuidado com o CARTÃO-RESPOSTA, para não dobrar, amassar ou manchar, pois este é personalizado e em hipótese alguma poderá ser substituído.
07. Para cada uma das questões são apresentadas cinco alternativas classificadas com as letras (A), (B), (C), (D) e (E); assinale apenas uma alternativa para cada questão, pois 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.
08. As questões são identificadas pelo número que fica à esquerda de seu enunciado.
09. 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.
10. 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.
11. 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.
12. O tempo de duração para esta prova é de **2h (duas horas)**.
13. Por motivos de segurança, você somente poderá ausentar-se da sala de prova depois de **1h30min** do início desta.
14. 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		26	
02		27	
03		28	
04		29	
05		30	
06		31	
07		32	
08		33	
09		34	
10		35	
11		36	
12		37	
13		38	
14		39	
15		40	
16		41	
17		42	
18		43	
19		44	
20		45	
21		46	
22		47	
23		48	
24		49	
25		50	

NÚCLEO DE CONCURSOS E PROMOÇÃO DE EVENTOS – NUCEPE
 FOLHA DE ANOTAÇÃO DO GABARITO - ATENÇÃO: Esta parte somente deverá ser destacada pelo fiscal da sala, após o término da prova.
 PROCESSO SELETIVO - RESIDÊNCIA MÉDICA – NEFROLOGIA



PROCESSO SELETIVO – RESIDÊNCIAS MÉDICAS



N ° DE INSCRIÇÃO					



CLÍNICA MÉDICA

- 01.** Masculino, 41 anos, refere hiporexia e adinamia há dois meses, com perda de 10kg no período. Há um mês apresenta disestesia em pernas, pés e mãos e, na última semana, surgiram lesões ulceradas, com fundo necrótico, em face ântero-lateral de pernas e dorso dos pés. Exames laboratoriais: Hb: 10,1 g/dL, GB: 14.000/mm³ (neut: 10.800; linf: 2500); plaq: 490.000/mm³; TGO: 98 U/L (N < 37 U/L); TGP: 126 U/L (N < 41 U/L); PCR: 9,6 mg/dL (N < 0,8 mg/dL); HBsAg positivo. Qual seria o melhor diagnóstico para esse paciente?
- Lupus Eritematoso Sistêmico.
 - Linfoma de Hodgkin.
 - Poliarterite nodosa.
 - Tuberculose.
 - Hanseníase Virchoviana.
- 02.** Mulher, 34 anos, branca, com febre, astenia e emagrecimento há 8 meses. Nesse período esteve em tratamento com neurologista para crises agudas de dor intensa na região lateral da face direita. Refere fenômeno de Raynaud há cerca de 1 ano, tosse seca e dispneia há 2 meses, com piora progressiva. Ao exame, edema de quirodáctilos, estertores crepitantes em bases pulmonares bilateralmente e força proximal simétrica grau3 em membros superiores e inferiores. Exames complementares: FAN 1:640 nuclear pontilhado grosso, VHS 77mm (VR < 15), CPK 568 U/L (N: < 180). Qual o diagnóstico mais provável?
- Miosite por Corpúsculo de inclusão.
 - Lúpus eritematoso sistêmico.
 - Esclerose sistêmica.
 - Doença mista do tecido conjuntivo.
 - Polimiosite.
- 03.** Homem, 74 anos, com episódios de dor em joelhos, punhos e pés há mais de 10 anos. Os episódios causam dor protocinética com rigidez matinal < 30 minutos e edema em 1 articulação por vez que duram cerca de 1 mês. As crises álgicas se tornaram mais frequentes no último ano. Ao exame: crepitação em joelhos, sem artrite, com déficit de mobilização. Teste de Apley e Macmurray negativos. Demais articulações sem alterações. Qual seria o melhor diagnóstico e exame (laboratorial ou imagem) para investigar inicialmente este paciente?
- Artrite Reumatóide e Anti CCP.
 - Gota e Ácido úrico sérico.
 - Osteoartrite e Raio X de joelhos.
 - Artrite Reumatóide e Raio X de joelhos.
 - Osteoartrite e Fator reumatóide.
- 04.** Paciente com neoplasia pulmonar com metástase óssea em tratamento, evoluindo com piora da dor (escala de dor 6/10) associado a parestesias em membros inferiores. Qual das alternativas é o melhor esquema terapêutico para controle da dor do paciente?
- Paracetamol, morfina e clonazepam.
 - Codeína e gabapentina.
 - Dipirona, tramadol e pregabalina.
 - Paracetamol e amitriptilina.
 - Morfina e venlafaxina.



- 05.** São exames que auxiliam no diagnóstico e tratamento de Doença Inflamatória Intestinal, **EXCETO:**
- Colonoscopia.
 - Retossigmoidoscopia.
 - Calprotectina fecal.
 - Enterorressonância.
 - Ca19.9, CEA.
- 06.** Paciente 35 anos, deu entrada com historia de febre há 7 dias associada a adinamia e queda do estado geral, ao exame fisicohepatoesplenomegalia leve, ausência de linfonodos palpáveis. Realizou hemograma que evidenciou: HB=7,5, ht 22%, Leucócitos: 2350, Plaquetas 67000. Qual a principal hipótese diagnóstica?
- Linfoma de Hodgkin.
 - Leishmaniose Visceral.
 - Arbovirose.
 - Infecção por citomegalovírus.
 - Pneumonia.
- 07.** Paciente jovem de 35 anos, sexo feminino, apresenta-se em atendimento médico com dispneia progressiva em piora progressiva no último ano, estando atualmente em classe funcional III. Ao exame clínico apresenta ritmo cardíaco regular e sopro diastólico no ápex cardíaco de baixa intensidade em ruflar, protomesodiastólico. Observa-se o reforço pré-sistólico e o escore de Wilkins-Block é de 7. Diante do diagnóstico de valvopatia mitral grave, qual a conduta terapêutica com melhor indicação pelas diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia?
- Dilatação do anel de De Vega.
 - Troca cirúrgica da válvula.
 - Angioplastia coronária.
 - Valvoplastia mitral com balão.
 - Revascularização com troca valvar.
- 08.** Paciente do sexo masculino, com 76 anos de idade e diagnóstico prévio de acidente vascular cerebral isquêmico com fibrilação atrial não valvar e insuficiência cardíaca (fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 32%), qual o valor do escore CHA₂DS₂-VASCe qual o significado da pontuação encontrada?
- Escore de 07; elevado risco de sangramento.
 - Escore de 05; elevado risco tromboembólico.
 - Escore de 08; elevado risco tromboembólico.
 - Escore de 07; elevado risco tromboembólico.
 - Escore de 05; elevado risco de sangramento.
- 09.** Assinale a alternativa **CORRETA**.
- O diagnóstico de hipertensão pulmonar é confirmado com medida de pressão direta na artéria pulmonar ao cateterismo cardíaco com valor acima de 25 mmHg.
 - Hipertensão arterial pulmonar classificada no grupo 2 corresponde à etiologia devido ao tromboembolismo pulmonar.
 - O pulso de Corrigan se expressa com baixa intensidade e duração prolongada tipo “parvus e tardus”.
 - A principal causa de insuficiência da válvula pulmonar é a etiologia reumática.
 - Paciente de 85 anos assintomático e com estenose aórtica moderada deve ser submetido à cirurgia de troca valvar.



10. Paciente de 60 anos é admitido com hemiparesia direita e afasia de início há 1 hora. Hipertenso e diabético, PA=220x115 mmHg. Pontuação na escala do NIH (NIHSS) = 22. Realizou Tomografia de crânio normal. Sobre o caso apresentado, assinale a alternativa **CORRETA**.
- a) Paciente é possível de ser tratado com trombolítico endovenoso, podendo optar-se pela estreptoquinase, tenecteplase ou alteplase.
 - b) Além de checar possíveis contraindicações ao uso de trombolítico, esse paciente deve ter seus níveis pressóricos reduzidos antes do início da medicação.
 - c) Não há evidência de envolvimento cortical nesse paciente, sugerindo, portanto, que a área isquêmica acometida será mínima e trombolisar traz mais riscos que benefícios.
 - d) Estudos mais atuais indicam a trombectomia mecânica na fase aguda do acidente vascular cerebral isquêmico somente após 6 horas do início dos sintomas, portanto não seria indicada para esse paciente.
 - e) A tomografia de crânio desse paciente deve ser repetida antes do início do trombolítico, já que ainda há tempo na janela terapêutica e assim pode ser possível definir uma área isquêmica.
11. Sobre as cefaleias primárias, assinale a alternativa **CORRETA**.
- a) A cefaleia do tipo tensional é uma das mais comuns, caracteriza-se por ser de intensidade leve a moderada e então não é passível de cronificação, sendo classificada somente como episódica pela classificação internacional de cefaleias.
 - b) A migrânea (enxaqueca) tem o caráter de dor pulsátil de moderada a forte intensidade, sendo o subtipo migrânea com aura o mais comum.
 - c) A cefaleia em salvas é mais comum em homens, dor forte e por vezes incapacitante, unilateral, orbitária, supra-orbitária e/ou temporal, durando de 15 a 180 minutos, se não tratada. Acompanha de pelo menos um fenômeno trigêmico-autônômico, por exemplo hiperemia conjuntival ipsilateral.
 - d) A cefaleia hipnica aparece somente durante o sono e acorda o paciente, predomina em jovens até os 20 anos e ocorre em menos de 15 dias por mês.
 - e) Nas cefaleias primárias como tipo tensional e enxaqueca, raramente as comorbidades psiquiátricas e transtornos do sono estão presentes.
12. Sobre crises epilêpticas e epilepsia, assinale a alternativa **CORRETA**.
- a) A epilepsia mioclônica juvenil é um tipo de epilepsia generalizada e que responde muito bem à carbamazepina e necessita de tratamento por alguns anos, pois em geral aos 20 anos não ocorre mais crises.
 - b) Um crise epilêptica só pode ser considerada generalizada, se houver postura hipertônica nos 4 membros e abalos generalizados, bem como liberação esfinteriana.
 - c) Os fármacos anti crises pouco se diferenciam quanto ao mecanismo de ação, portanto a escolha de qual usar para o tipo de epilepsia, se torna fácil.
 - d) Nos adultos a epilepsia muitas vezes se relaciona a pós-traumatismos cranianos e acidente vascular cerebral (AVC) e, portanto, deve ser usado profilaxia anticonvulsivante em todo paciente admitido por estes motivos.
 - e) É importante a correta classificação da crise epilêptica, pois isso implica na escolha do tratamento, o eletroencefalograma (EEG) tem papel fundamental nesse auxílio, pois pode mostrar uma atividade de início focal ou generalizada.
13. Na investigação de paciente de 70 anos, portador de hiperplasia prostática, HAS e diabetes mellitus há 12 anos que apresenta creatinina de 2,5mg/dL marque a alternativa **CORRETA**.
- a) Deve-se solicitar ultrassonografia renal e o achado de hipertrofia renal é sugestivo de doença renal crônica.
 - b) Deve-se solicitar PTH, cálcio e fósforo e conforme níveis encontrados deve ser usado carbonato de cálcio como quelante de cálcio.
 - c) Deve ser indicado uso de enalapril apenas se apresentar proteinúria acima de 1g/dL.



- d) Deve ser indicado a dosagem de clearance de creatinina, que se atingir valor de 25 ml/min deve indicar realização de terapia renal substitutiva.
- e) A presença de proteinúria acima de 500mg/d e complicações do diabetes como retinopatia diabética sugerem nefropatia diabética.
- 14.** O paciente com diagnóstico de doença renal crônica deve ser submetido a estratificação (estadiamento). Quais exames são utilizados para essa finalidade?
- a) Clearance de creatinina e ultrassonografia renal.
- b) Clearance de creatinina e albuminúria.
- c) Sódio e albuminúria.
- d) Creatininúria e albumina sérica.
- e) Creatinina e potássio.
- 15.** Paciente assintomático apresenta cálculo renal não obstrutivo de 0,5 cm. Procura atendimento médico e foi recomendado o tratamento mais adequado para esse caso que é:
- a) Terapia expulsiva medicamentosa.
- b) Litotripsia extracorporeal.
- c) Diurético tiazídico.
- d) Hidratação e dieta hipossódica/hipoprotéica.
- e) Citrato de potássio.
- 16.** Paciente 55 anos, diabético, diagnosticado com esteato-hepatite não alcoólica deve ser tratado preferencialmente com:
- a) Pioglitazona ou ácido acetilsalicílico.
- b) Vitamina E e vitamina C.
- c) Metformina, agonista receptor GLP1.
- d) Vitamina E e pantoprazol.
- e) Octreotida e vitamina C.
- 17.** Paciente portador de hepatopatia crônica evoluindo com oligúria, estava em uso de furosemida. Exames realizados evidenciaram síndrome hepatorenal. Baseado nesse caso, assinale a alternativa com opções terapêuticas adequadas para essa condição:
- a) Expansão volêmica com SF0,9% por 12 horas e depois albumina.
- b) Terlipressina e albumina.
- c) Midodrina, noradrenalina e manitol.
- d) Octreotida e dopamina.
- e) Terlipressina, midodrina e expansão com salina.
- 18.** Sobre fisiologia do envelhecimento, marque a alternativa **INCORRETA**.
- a) A pele se torna mais seca.
- b) O embranquecimento dos cabelos decorre da redução de melanócitos no bulbo capilar.
- c) Ocorre uma redução das glândulas sudoríparas.
- d) Exercícios praticados regularmente reduzem fatores de risco para doenças vasculares.
- e) Não há modificação na composição corporal (percentual de gordura e de massa muscular) ao longo do tempo.
- 19.** Sobre instabilidade postural, marque a alternativa que indica causa(s) possíveis:
- a) Uso de benzodiazepínico.
- b) Hipotensão postural.
- c) Síndromes vertiginosas.
- d) Desidratação.
- e) Todas as alternativas.



20. Sobre sarcopenia no idoso, marque a alternativa **INCORRETA**.

- a) A velocidade da marcha indica o desempenho muscular.
- b) A medida da panturrilha não pode ser utilizada para avaliação da massa muscular em idosos.
- c) Múltiplos fatores contribuem para o desenvolvimento da sarcopenia no idoso.
- d) Idosos que realizam pouca atividade física apresentam fraqueza muscular.
- e) A taxa de síntese proteica está reduzida no idoso.

ESPECÍFICA

21. Uma mulher de 56 anos é avaliada no departamento de emergência por uma história de 3 meses de dor lombar e de edema de membros inferiores durante as últimas 3 semanas. Negativa antecedentes patológicos progressivos.

Exame físico: temperatura é normal; pressão arterial é de 160/90 mm Hg; frequência cardíaca de 80 / min; frequência respiratória de 16 / min. Abaulamento submandibular bilateral; há 2+ de edema de membros inferiores com cacifo positivo bilateralmente. O restante do exame é normal.

Exames laboratoriais evidenciam hematócrito de 33%; creatinina sérica de 2mg/dl e sumário de urina normal.

Ultrassonografia de partes moles de região cervical evidenciando aumento de glândulas salivares submandibulares

A ultrassonografia abdominal mostra hidronefrose bilateral.

A tomografia de abdome e pelve sem contraste mostra uma massa de tecido mole em torno da aorta infra-renal sem nenhuma linfadenopatia significativa; os ureteres estão envolvidos pela massa.

Qual dos seguintes é o diagnóstico mais provável?

- a) Tumor de células germinativas.
- b) Fibrose retroperitoneal associada a IgG4.
- c) Linfoma.
- d) Mesotelioma peritoneal maligno.
- e) Nefrolitíase.

22. Um homem de 66 anos é avaliado por uma história de 6 semanas de mal-estar progressivo, mialgia, perda ponderal de 2,5 kg e dormência e fraqueza no pé direito; dor testicular direita há 2 semanas; e uma erupção dolorosa na pele nas pernas por 4 dias. Antecedente patológico progressivo de hipertensão arterial sistêmica diagnóstica há 1 mês em uso de bensilato de anlodipino.

Ao exame físico, a temperatura é 36,5° C e a pressão arterial 160/90 mm Hg. O testículo direito doloroso a palpação superficial. Pequenas úlceras necróticas são observadas nas pernas.

Hipoestesia lateral do tornozelo direito e nas panturrilhas bilateralmente também foi observado, além de fraqueza da flexão plantar do pé direito.

Exames laboratoriais:

VHS: 120 mm / h

Hemoglobina: 10,1 g / dL

Leucócitos: 12.000 /mcL ($12 \times 10^9 / L$) – diferencial normal.

Plaquetas: 460.000 /mcL ($460 \times 10^9 / L$)

Creatinina sérica: 1,8 mg / dL

pANCA: Negativo.

cANCA: Negativo.

FAN: negativo.

Sumário de urina: normal.

A arteriografia renal mostra microaneurismas das artérias renais.

Biópsia de pele profunda (derme profunda e subcutânea) mostra inflamação panmural com necrose de uma artéria de tamanho médio.



Qual dos seguintes é o diagnóstico mais provável?

- a) Arterite de células gigantes.
- b) Vasculite por IgA.
- c) Poliangeíte microscópica.
- d) Poliarterite nodosa.
- e) Lúpus eritematoso sistêmico.

23. Uma mulher de 22 anos é avaliada por uma história de 15 dias de agravamento da erupção cutânea e artrite, bem como febre baixa intermitente. Ela tem uma história de 4 anos de lúpus eritematoso sistêmico. Ela tem passado bem, sem doença ativa nos últimos 2 anos em uso de hidroxicloroquina receitada devido manifestações cutâneas e articulares do lúpus. Refere boa aderência ao uso da medicação.

Ao exame físico, a temperatura é 37,5° C e a pressão arterial é 145/92mm Hg; outros sinais vitais são normais. Uma erupção malar está presente. Sensibilidade difusa e edema de várias pequenas articulações das mãos estão presentes. Edema de membros inferiores bilaterais até joelhos (++/4+) com cacifo positivo.

Exames laboratoriais evidenciam complemento C3 e C4 consumidos, uma creatinina sérica de 1,7 mg / dL, relação proteína-creatinina na amostra isolada urina de 3500 mg / g, e sumário de urina ativo com proteinúria, leucocitúria, hematúria e cilindros hemáticos presentes.

Qual dos seguintes exames de laboratório não invasivos deve ser feito a seguir?

- a) Anticorpos anti-DNA de fita dupla.
- b) Anticorpos antinucleares.
- c) Anticorpos anti-Ro / SSA e anti-La / SSB.
- d) Anticorpos anti-Smith.
- e) Anticorpos anti-UI-ribonucleoproteína.

24. Uma mulher de 37 anos é hospitalizada por lesão renal aguda e hipertensão arterial sistêmica. Possui antecedente patológico pregresso de esclerose cutânea sistêmica difusa há 2 anos. Ela estava bem e não tomava medicamentos antes da hospitalização.

Ao exame físico, a temperatura é 36,5°C, a pressão arterial é 230/125 mm Hg, a frequência cardíaca é 120/min e a frequência respiratória é 16/min. Ausculta cardíaca revela um S4 proeminente e ausculta pulmonar revela estertores bibasilares.

O exame cutâneo revela esclerodactilia de ambas as mãos, bem como endurecimento da pele dos antebraços e parte anterior do tórax.

Estudos de laboratório:

Hemoglobina 7,7 g / dl (77 g / L)

Contagem de plaquetas 80.000 / mcl (80×10^9 /L)

Creatinina 4,5 mg / dL

Sumário de urina: Proteína 2+; alguns cilindros hialinos

O esfregaço de sangue periférico mostra esquizócitos e plaquetas diminuídas.

Qual dos seguintes é o diagnóstico mais provável?

- a) Coagulação intravascular disseminada.
- b) Síndrome hemolítico-urêmica.
- c) Crise renal esclerodérmica.
- d) Púrpura trombocitopenia trombótica.
- e) Púrpura trombocitopênica imune.



25. Uma mulher de 27 anos é hospitalizada devido a edema de membros inferiores e aumento de peso de 3 kg em um mês associado a dispneia aos médios esforços. Possui antecedente patológico progressivo de lúpus eritematoso sistêmico diagnosticado há 2 anos, quando ela apresentou poliartrite, erupção cutânea e alopecia. Foi tratada inicialmente com hidroxiquina e prednisona com boa resposta.

No exame físico, a pressão arterial é de 140/90 mmHg: outros sinais vitais são normais. Há edema com cacifo nas extremidades inferiores, estendendo-se até os joelhos. O restante do exame físico é normal.

Exames laboratoriais:

VHS: 70 mm / h

Hematócrito: 35%

Complementos (C3 e C4): consumido

Creatinina: 0,9 mg / dL

Anticorpos anti-Smith: Positivos

Anticorpos anti-DNA de fita dupla: Positivos

Sumário de urina: 3+ proteína, sem eritrócitos, sem leucócitos, sem cilindros

Proteína urinária de 24hs: 6000 mg / 24 h

A paciente iniciou tratamento com prednisona, associado a diuréticos e um inibidor da ECA.

Os resultados da biópsia renal mostram nefrite lúpica classe V (membranosa) com cronicidade ausente e atividade leve.

Qual das alternativas a seguir é o tratamento mais adequado para a doença renal?

- a) Adalimumab.
- b) Belimumab.
- c) Basiliximab.
- d) Metotrexato.
- e) Micofenolato de mofetila.

26. Um homem de 58 anos é avaliado por uma erupção cutânea episódica nas pernas há dois meses; artralgia difusa e fenômeno de Raynaud por 2 meses; e dor em queimação e formigamento nos pés há 4 meses.

Possui antecedente de uso de drogas intravenosas. Refere ainda acidente automobilístico em 1983 com necessidade de transfusão sanguínea. Ele não toma medicamentos.

No exame físico, os sinais vitais são normais. Observa-se cianose nas pontas dos dedos. Não há esclerodactilia, alças capilares dilatadas do leito ungueal ou corrosão digital.

Púrpura palpável está presente na parte inferior das pernas. Nota-se redução da sensação de picada de agulha nas solas dos pés. O restante do exame é normal.

Exames laboratoriais:

VHS: 80mm / h

C3: Normal

C4: baixo

Fator reumatoide: positivo

Anticorpos antinucleares: negativos

Crioglobulinas: Positivas

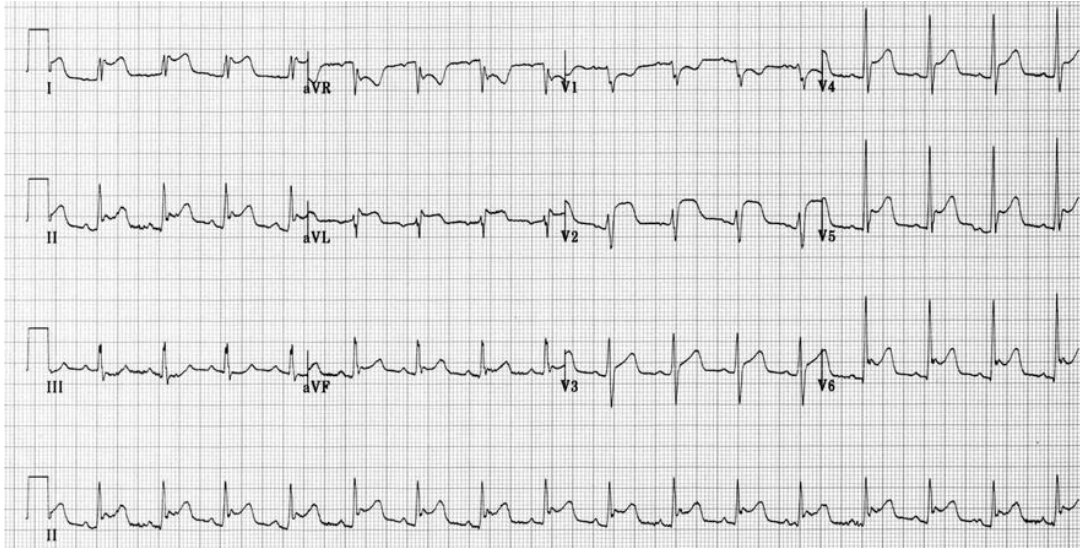
Sumário de Urina: 1+ sangue; 2+ proteína

A radiografia de tórax é normal. A biópsia de pele mostra vasculite leucocitoclástica.

Qual dos seguintes é o teste mais apropriado para ser executado em seguida?

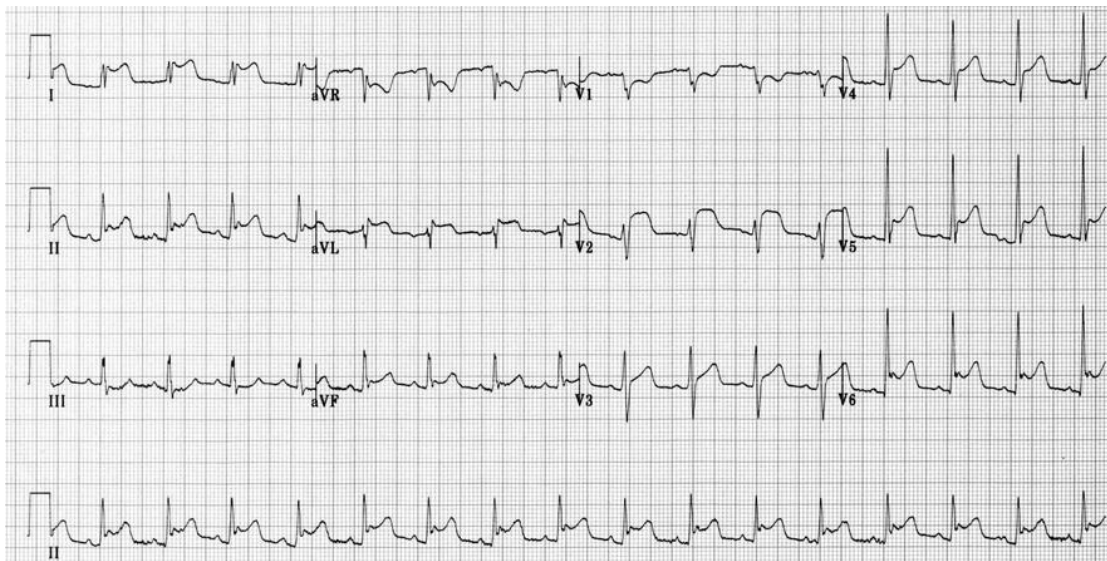
- a) Anticorpos anticentrômero.
- b) Anticorpos de peptídeo citrulinado cíclico.
- c) Anticorpos anti-Jo-1.
- d) Anticorpos anti-UI-ribonucleoproteína.
- e) Anticorpos da hepatite C.

- 27.** Homem, 48 anos de idade, hipertenso, diabético e tabagista, no serviço de emergência por dor precordial, de intensidade 7 em 10, em peso, contínua, há 2 dias; piora ao deitar-se e melhora com inclinação do tórax para a frente. Refere sudorese, sem náuseas ou vômitos. Ao exame clínico: regular estado geral, fáscties dolorosa, temperatura axilar = 37,8°C, frequência cardíaca = 90 batimentos/minuto, pressão arterial = 152 x 98 mmHg e saturação periférica de oxigênio de 93%, em ar ambiente; Realizado eletrocardiograma.



Qual dos seguintes exames ajudam a confirmar o diagnóstico mais provável?

- a) Cateterismo cardíaco.
 - b) Angio-CT de tórax.
 - c) Troponina.
 - d) Ecocardiograma.
 - e) Endoscopia digestiva alta.
- 28.** Homem, 48 anos de idade, hipertenso, diabético e tabagista, no serviço de emergência por dor precordial, de intensidade 7 em 10, em peso, contínua, há 2 dias; piora ao deitar-se e melhora com inclinação do tórax para a frente. Refere sudorese, sem náuseas ou vômitos. Ao exame clínico: regular estado geral, fáscties dolorosa, temperatura axilar = 37,8°C, frequência cardíaca = 90 batimentos/minuto, pressão arterial = 152 x 98 mmHg e saturação periférica de oxigênio de 93%, em ar ambiente; Realizado eletrocardiograma.



Qual é o tratamento adequado para a causa da dor?

- a) Angioplastia por cineangiocoronariografia.
- b) Trombólise com alteplase endovenoso.
- c) Colchicina via ora.l
- d) Enoxaparina subcutânea.
- e) Inibidor de Bomba de prótons.



29. Paciente de 60 anos, hipertenso e tabagista 60 maços-ano, deu entrada no pronto-socorro com dor torácica. Refere que a dor teve início súbito, há mais ou menos 2 horas, em facada, que irradia para o dorso, com sudorese e náuseas.

Ao exame físico: acordado, consciente, sudoreico. Frequência cardíaca = 90 batimentos/minuto; pressão arterial (PA) em MSD = 200 x 100 mmHg; PA MSE = 160 x 100 mmHg, saturação periférica de O₂ = 93%, ar ambiente, frequência respiratória = 24 movimentos/minuto, sem sinais de desconforto. Ausculta cardíaca com sopro diastólico, em foco aórtico 4+/6+. Ausculta pulmonar normal. Exame abdominal nada digno de nota. Pulsos periféricos palpáveis, reduzidos distalmente em MSE.

Sobre o caso, a principal suspeita diagnóstica e o exame de escolha para diagnóstico são, respectivamente:

- a) Dissecção de aorta; angiotomografia de tórax.
- b) Síndrome coronariana aguda; eletrocardiograma.
- c) Tromboembolismo pulmonar; angiotomografia de tórax.
- d) Dissecção de aorta; ecocardiogramatranstorácico.
- e) Pericardite aguda; proteína C reativa.

30. Paciente de 60 anos, hipertenso e tabagista 60 maços-ano, deu entrada no pronto-socorro com dor torácica. Refere que a dor teve início súbito, há mais ou menos 2 horas, em facada, que irradia para o dorso, com sudorese e náuseas.

Ao exame físico: acordado, consciente, sudoreico. Frequência cardíaca = 90 batimentos/minuto; pressão arterial (PA) em MSD = 200 x 100 mmHg; PA MSE = 160 x 100 mmHg, saturação periférica de O₂ = 93%, ar ambiente, frequência respiratória = 24 movimentos/minuto, sem sinais de desconforto. Ausculta cardíaca com sopro diastólico, em foco aórtico 4+/6+. Ausculta pulmonar normal. Exame abdominal nada digno de nota. Pulsos periféricos palpáveis, reduzidos distalmente em MSE.

Sobre o caso acima, quais as medidas clínicas mais adequadas para o manejo?

- a) AAS; betabloqueador; enoxaparina.
- b) Antiinflamatórios não esteroidais.
- c) Trombólise química.
- d) Betabloqueador e nitroprussiato de sódio.
- e) Angioplastia de coronárias.

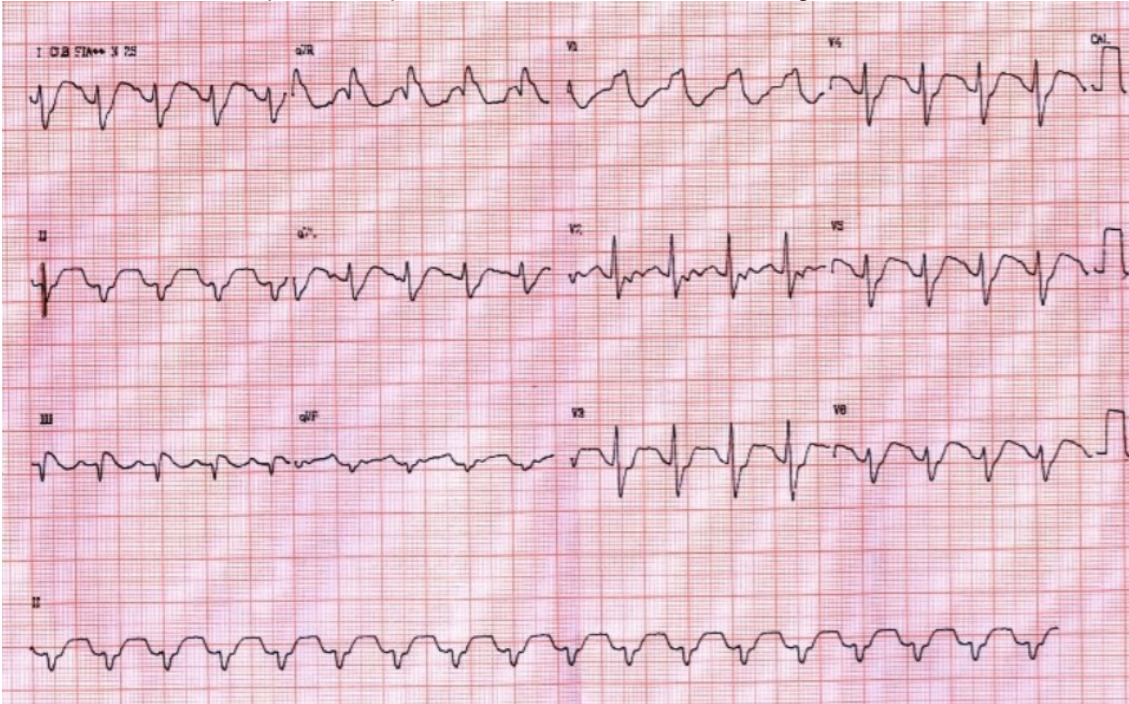
31. Homem, 60 anos de idade, no consultório com queixa, há 2 meses, de fadiga, sonolência, irritabilidade e perda de libido. Nega humor deprimido ou anedonia. Antecedentes: hipertensão arterial sistêmica de difícil controle e obesidade.

Faz uso de anlodipino - 10 mg/dia, enalapril - 40 mg/dia e hidroclorotiazida - 25 mg/dia. Sem alterações ao exame clínico, exceto por pressão arterial = 162 x 80 mmHg e IMC = 32 kg/m².

As queixas serão adequadamente investigadas por:

- a) Ultrassonografia doppler de artérias renais.
- b) Monitorização ambulatorial de pressão arterial (MAPA).
- c) Atividade de renina plasmática e aldosterona sérica.
- d) Estudo polissonográfico.
- e) TSH e T4 livre.

32. Mulher, 22 anos de idade, previamente hígida, trazida ao pronto-socorro pela colega de quarto, que há 4 horas achou cinco cartelas de amitriptilina e duas de clonazepam ao lado da amiga desacordada. Ao exame clínico, a paciente encontrava-se sonolenta, porém abria os olhos brevemente ao chamado, apresentava fala desconexa e não obedecia a comandos, taquicárdico, hipertenso e pupilas midriáticas, fotoreagentes. A pele encontrava-se seca, quente e hiperemiada. Realizado eletrocardiograma:



Qual medicação deve ser iniciada imediatamente?

- a) Carvão ativado.
 - b) Flumazenil.
 - c) Lavagem gástrica.
 - d) Bicarbonato de sódio.
 - e) Naloxone.
33. Segundo o Consenso de Diabetes, “o diagnóstico de Nefropatia Diabética pode ser feito utilizando-se diferentes tipos de coletas de urina,” mas deve-se iniciar preferencialmente pela medida de albumina em amostras de urina, isso devido à acurácia diagnóstica e à facilidade desse tipo de coleta. Um paciente diabético, há mais de 10 anos, com os seguintes resultados de exames em amostra de urina: albumina=10mg/dl e creatinina=50mg/dl, indicam:
- a) Nefropatia diabética.
 - b) Síndrome Nefrótica.
 - c) Glomerulonefrite crônica.
 - d) Pielonefrite crônica.
 - e) Glomerulonefrite rapidamente progressiva.
34. Para indicação de transplante de pâncreas, qual a dosagem sérica utilizada com mais frequência para o diagnóstico diferencial entre Diabetes do tipo I e do tipo II?
- a) Proteína C reativa.
 - b) Incretinas.
 - c) Insulina Regular.
 - d) Insulina NPH.
 - e) Peptídeo C.



35. Não é alteração laboratorial comum da cetoacidose diabética:
- Pseudohiponatremia.
 - Hipofosfatemia.
 - Concentração hidrogeniônica aumentada.
 - Anion gap diminuído.
 - Osmolalidade sérica aumentada.
36. Homem, 32 anos, vem apresentando sintomas compatíveis com hipoglicemia há cerca de 30 dias. Nega uso de qualquer medicação. Os exames realizados revelaram os seguintes resultados: glicemia de jejum = 28,33 e 36mg/dl; insulinas basais = 24,45 e 43 U/ml (VR: 2-19); Peptideo C = 8,2mg/dL (VR: 0,36- 3,59). A hipótese diagnóstica mais plausível é:
- Insulinoma.
 - Hipoglicemia auto induzida por insulina.
 - Hipoglicemia auto induzida por sulfonilureia.
 - Nevidioblastose.
 - Hipoglicemia auto imune.
37. Com relação ao hipotireoidismo congênito, é **CORRETO** afirmar que:
- O teste de triagem neonatal diagnóstica apenas o hipotireoidismo primário.
 - O teste de triagem neonatal diagnóstica apenas o hipotireoidismo central.
 - Pode se manifestar até os 8 anos de idade.
 - O teste de triagem identifica apenas o hipotireoidismo de origem auto imune.
 - Geralmente é sintomático nos primeiros 30 dias de vida.
38. Das abaixo, a preparação de insulina que apresenta início de ação de 2 a 4 horas, pico de 4 a 10 horas e duração efetiva de 10 a 16 horas, é a:
- Aspart
 - Regular
 - Glargina
 - Lispro
 - NPH
39. Mulher de 28 anos apresenta dor aguda e intensa em flanco esquerdo, irradiada para abdome inferior, e náuseas há 2 dias. Nega febre, calafrios, disúria, hematúria, atraso menstrual, corrimento vaginal, alterações do hábito intestinal e cirurgia abdominal prévia. Obteve melhora parcial da dor, após receber anti-inflamatório via parenteral.
- O melhor exame subsidiário para confirmar sua hipótese diagnóstica é:
- Urocultura com antibiograma.
 - Radiografia simples do abdome.
 - TC de abdome total, não contrastada.
 - Ultrassonografia pélvica.
 - Cintilografia renal.
40. Assinale a alternativa que contém, respectivamente, dois fatores de risco e dois fatores protetores dietéticos para a formação de cálculos urinários:
- Proteínas e sódio; água e citrato.
 - Proteínas e cálcio; oxalato e citrato.
 - Citrato e cálcio; fosfato e sódio.
 - Magnésio e citrato; água e sódio.
 - Proteínas e citrato; oxalato e fosfato.



41. A Doença Renal Crônica (DRC) apresenta elevada prevalência e morbimortalidade em diversos países do mundo. É conceituada como alteração persistente (mais de 3 meses) da função renal (estimada pelo clearance de creatinina) e/ou albuminúria moderada ou grave. Sobre o manejo dos pacientes portadores de doença renal crônica, assinale a alternativa **INCORRETA**.
- a) Os sintomas de hipervolemia podem ser tratados com diurético de alça, ainda que o efeito dessas drogas seja reduzido na DRC.
 - b) O hiperparatireoidismo secundário pode ser tratado com reposição de vitamina D e fosfato, se os níveis séricos estiverem reduzidos.
 - c) O estoque de ferro deve ser avaliado e repostado, se necessário, antes da administração de eritropoietina no tratamento da anemia da DRC.
 - d) A vacinação contra a *influenza* e a doença pneumocócica está indicada nos pacientes com DRC em estágio final.
 - e) A acidose metabólica pode ser manejada com reposição de bicarbonato de sódio.
42. Paciente internado há três dias na UTI, devido à insuficiência respiratória secundária a pneumonia, encontra-se em ventilação mecânica, em uso de droga vasoativa em dose crescente (noradrenalina), de meropenem e vancomicina, com indicação de início de Terapia Renal Substitutiva (TRS). Apresenta os seguintes exames laboratoriais, diurese e balanço hídrico a cada 24 horas:

Dia de internação na UTI (DI)	Diurese em 24 horas	Balanço hídrico positivo em 24 horas	Creatinina em mg/dL	Ureia em mg/dL	Potássio em mmol/L	Gasometria PH/Bicarbonato
1° DI	1200 ml	3500 ml	1,1	88	4,5	7,45/28
2° DI	1000 ml	5000 ml	1,9	101	4,8	7,38/24
3° DI	1100 ml	4500 ml	2,1	105	5,0	7,35/23

Neste caso clínico, o método dialítico mais adequado a ser adotado e a principal indicação de início da TRS são:

- a) Hemodiálise estendida, balanço hídrico positivo acumulado.
 - b) Hemodiálise clássica, acidose metabólica.
 - c) Hemodiálise clássica, hipercalemia.
 - d) Diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD), sintomas urêmicos.
 - e) Diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD), balanço hídrico positivo.
43. Paciente do sexo feminino, 32 anos, com história de dor lombar de início súbito há 3 dias, associada à hematúria e náuseas. Ao exame: PA: 115/75mmHg (normal), Ausculta Cardíaca e Pulmonar sem alterações; dor à palpação em flanco Esquerdo e Giordano positivo. Nega febre, nega calafrios ou uso regular de medicações. Refere volume de diurese normal. Refere faringite há cerca de 3 meses. EAS: 20 hemáceas/campo (VR: 0 – 10); 3 piócitos/campo (VR: 0-10); US rins e vias: hidronefrose à E, sem fator obstrutivo visualizado. De acordo com o quadro clínico, qual hipótese diagnóstica mais provável e qual exame você solicitaria para elucidação?
- a) ITU baixa; urocultura.
 - b) Litíase ureteral; tomografia do trato urinário sem contraste.
 - c) Pielonefrite; Tomografia do trato urinário.
 - d) Glomerulonefrite; biópsia renal.
 - e) Síndrome Nefrótica; proteinúria de 24 horas.



44. A hipertensão é a causa de cardiopatia hipertensiva e fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose. É **CORRETO** afirmar que:
- a) repouso antes de aferir a pressão arterial é desnecessário.
 - b) angina do peito evidencia lesão de órgão-alvo.
 - c) enalapril pode ser associada a losartana.
 - d) clortalidona não tem evidência de benefício.
 - e) bloqueador de receptor de angiotensina pode ser usado em gestantes.
45. Os achados clínicos no pneumotórax hipertensivo sugerem fortemente o diagnóstico, não devendo ser adiado pela espera da confirmação radiológica. Em relação aos sinais e sintomas é **INCORRETO** afirmar.
- a) Presença de distensão de veia jugular.
 - b) Desvio da traqueia.
 - c) Hipotensão arterial.
 - d) Hipotimpanismo à percussão.
 - e) Desconforto respiratório.
46. Nas meningites bacterianas agudas em adultos, a droga padrão ouro para o tratamento é:
- a) Clorafenicol.
 - b) Penicilinas.
 - c) Ceftriaxone.
 - d) Meropenem.
 - e) Cefalotina.
47. Os acidentes ofídicos foram incluídos pela OMS (Organização Mundial de Saúde), na listagem de doenças tropicais negligenciadas, que acometem populações pobres em áreas rurais. No Brasil, os acidentes mais frequentes e relevantes em ordem decrescente, são:
- a) Botrópico, elapídico, crotálico e laquético.
 - b) Botrópico, crotálico, laquético e elapídico.
 - c) Crotálico, laquético, elapídico e botrópico.
 - d) Elapídico, laquético, crotálico e botrópico.
 - e) Laquético, botrópico, crotálico e elapídico.
48. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu a tuberculose como uma epidemia global. Mesmo com o progresso notável, a tuberculose ainda é um problema de saúde pública que continua sendo uma das doenças transmissíveis mais letais do mundo. Sobre a tuberculose é **INCORRETO** afirmar:
- a) Pacientes portadores de HIV, Diabetes, fumantes, pessoas privadas de liberdade são mais vulneráveis a contrair a doença.
 - b) Além da história clínica e do exame físico, o diagnóstico de tuberculose pode ser confirmado por baciloscopia, teste rápido molecular para tuberculose, cultura do escarro e Radiografia de tórax.
 - c) O risco de agravamento da doença e o desenvolvimento de bactérias resistentes as drogas utilizadas pode acontecer com a interrupção do tratamento.
 - d) A vacina BCG diminui as chances de desenvolver formas graves da doença como a meningite tuberculosa, mais não é eficaz contra a tuberculose pulmonar.
 - e) A prevenção secundária com Rifampicina é recomendada para pessoas que convivem ou trabalham com a pessoa doente.



49. JMC, 25 anos, deu entrada na UPA do seu bairro com quadro de febre alta há 3 dias, dores nas articulações dos joelhos, cefaleia, adinamia, presença de exantema maculopapular em face, tronco, palmas das mãos e planta dos pés. Informa casos na vizinhança com os mesmos sintomas. Diante do exposto, qual das alternativas abaixo é o provável diagnóstico e o exame para confirmação da doença?
- a) Sarampo - IgM para Sarampo.
 - b) Dengue - Teste Antígeno NS1.
 - c) Chikungunya - IgM para Chikungunya.
 - d) Zika - IgM para Zika vírus.
 - e) Rubéola - IgM para Rubéola.
50. Segundo o INCA (Instituto Nacional do Câncer), o câncer de pulmão é o segundo mais comum em homens e mulheres no Brasil e a taxa de incidência vem diminuindo em ambos os sexos, desde a década de 2000 devido aos padrões de adesão e cessação do tabagismo. Sobre o câncer de pulmão é **INCORRETO** afirmar:
- a) O tabagismo é a principal causa para o desenvolvimento da doença.
 - b) O risco de ocorrência do câncer de pulmão e de morte pela doença aumenta quanto maior a intensidade da exposição ao tabagismo.
 - c) Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, exposição ocupacional a agentes químicos ou físicos (asbesto, sílica, urânio, etc.), água potável contendo arsênico, suplementos de betacaroteno em fumantes e não-fumantes, são também fatores de risco para o desenvolvimento da doença.
 - d) O estadiamento da doença é feito pela biópsia pulmonar guiada por tomografia, biópsia por broncoscopia, PET - TC, cintilografia óssea, ecobroncoscopia, entre outros.
 - e) Pneumectomia é a cirurgia de escolha para o tratamento de câncer de pulmão.