

1 - Homem de 58 anos com diagnóstico de cirrose hepática de etiologia alcoólica e abstinência há cinco anos vem encaminhado para avaliação de tratamento de dislipidemia. O laboratório revela:

Glicemia jejum: 96 mg/dL (VR: 75-110 mg/dL); CPK: 290 mg/dL (VR: 1900 U/L );
--

HDL: 38 mg/dL (Normal >35 ), LDL: 200 mg/dL (VR <130), Triglicerídeos: 205 mg/dL (VR <150);
---

TGO: 78 U/L (até 38), TGP: 55 U/L (até 41), AP: 60 % e Bilirrubinas totais: 2,1 mg/dL (0,2-1,2 ).
---

Sobre o caso e a respeito das dislipidemias pode-se afirmar que:

- 1) Não é contraindicado o uso de estatina nesse paciente.
- 2) A medicação ideal, neste caso, para o tratamento da dislipidemia é da classe dos fibratos.
- 3) O valor de CPK, TGO e TGP associado à hepatopatia crônica contra-indica o uso de estatina nesse paciente.
- 4) A orientação de atividade física traria grande impacto sobre a redução do LDL e pouco impacto no aumento de HDL e na redução do triglicerídeos.
- 5) Dobrar a dose de estatina duplica o efeito para redução de LDL.

2 - Paciente assintomático de 25 anos, em investigação de icterícia discreta por hiperbilirrubinemia direta apresenta os seguintes resultados de exames:

TGO: 14 U/L (até 38), TGP: 20 U/L (até 41), FA: 90 U/L (65-300) e gamaGT: 50 U/L (11-50);
---

Hb: 15,1 g/dL (12,0-15,5) ; DHL: 310 U/L (240-480) , haptoglobina: 50 mg/ dL (25-190), teste de fragilidade osmótica negativo;
--

USG de abdome sem dilatação de vias biliares intra ou extra-hepáticas.
--

Sobre o caso, o provável diagnóstico e sua respectiva causa é:

- 1) Esferocitose - deficiência proteica do citoesqueleto dos eritrócitos.
- 2) Traço talassêmico - redução na síntese de cadeias beta de globina.
- 3) Síndrome de Crigler-Najjar tipo 2 - redução da atividade UDP-glicuroniltransferase.
- 4) Síndrome de Gilbert - redução importante da atividade UDP-glicuroniltransferase.
- 5) Síndrome de Rotor - defeito no estoque hepático de bilirrubina.

3 - Paciente de 67 anos com antecedente de neoplasia de sigmóide e no pós operatório há 7 dias por abdome agudo obstrutivo no qual foi realizada cirurgia a Hartmann e colostomia está muito debilitado, pouco contactante, acamado e dependente para as atividades básicas da vida diária. Ao exame físico: PA= 100/60 mmHg, FC= 90 bpm, caquético, vigil, com úlcera de pressão sacral grau III com secreção purulenta e odor fétido. Apresenta deiscência de ferida operatória com sinais flogísticos. Laboratorialmente tem Hb 7,2 g/dL, leucócitos totais de 19.000/mm<sup>3</sup>, plaquetas de 1.100.000/mm<sup>3</sup> e PCR 23 mg/dL. Neste caso, qual causa é **MENOS** provável para justificar a trombocitose?

- 1) Anemia ferropriva por perda crônica.
- 2) Trombocitose essencial.
- 3) Neoplasia de cólon.
- 4) Úlcera de pressão infectada.
- 5) Status pós-cirúrgico.

4 - Sobre a demência é **INCORRETO** afirmar:

- 1) A demência causada por *prion* caracteriza-se por ser rapidamente progressiva, fatal e com acometimento focal do córtex, gânglios da base, cerebelo, tronco e medula.
- 2) A demência por corpúsculos de Lewy caracteriza-se por declínio cognitivo flutuante, sintomas neurológicos extrapiramidais e alucinações visuais.
- 3) O diagnóstico definitivo de doença de Alzheimer é feito mediante análise anatomopatológica do tecido cerebral.
- 4) A demência de causa vascular é a mais frequente devido à alta prevalência de doença cerebrovascular na população idosa.
- 5) A doença de Huntington caracteriza-se por demência, distúrbios do movimento e sintomas psiquiátricos.

5 - Paciente de 23 anos vem ao consultório referindo diarreia aquosa há 5 dias associado a febre e dor abdominal em cólica. Refere em torno de 10 evacuações diárias sem restos alimentares, sangue ou muco. Foi ao PS por duas ocasiões onde recebeu sintomático e hidratação com melhora momentânea do quadro. Ao exame está com 39°C, Pulso=100 bpm, FR=16 ipm, PA=110/70 mmHg, com dor abdominal difusa e timpanismo na propedêutica abdominal. Mãe refere que a paciente fez uso por conta própria de amoxicilina por 5 dias há 2 semanas por quadro de dor de garganta. Sobre o caso, podemos afirmar que:

- 1) Representa uma importante causa de morbimortalidade entre idosos internados.
- 2) Paciente deve ser orientado a manter hidratação via oral e o uso de sintomáticos já que se trata de um quadro de provável etiologia viral.
- 3) A retossigmoidoscopia não tem utilidade diagnóstica.
- 4) É causado por uma bactéria aeróbio comensal do intestino.
- 5) Assim como na diarreia osmótica, ocorre presença de leucócitos nas fezes.

6- Paciente de 22 anos, previamente hígido refere há 45 dias dispnéia aos esforços, edema de membros inferiores, palidez cutânea e três episódios de epistaxe com resolução espontânea. Traz hemograma que mostra Hb: 6,1 g/dL, leucócitos: 1.400/mm<sup>3</sup> e plaquetas: 22.000/mm<sup>3</sup>. Foi complementada a investigação laboratorial com os seguintes exames: sorologias de HIV, hepatites virais, Epstein-Barr, CMV e Parvovirus B19 negativas. A biópsia de medula óssea mostra medula com tecido adiposo e menos de 30% ocupado por células. Sobre o provável diagnóstico, **NÃO** podemos afirmar:

- 1) Drogas como cloranfenicol, carbamazepina, fenitoína, salicilatos e iECA podem justificar o quadro.
- 2) Se este paciente tiver doador HLA compatível, o tratamento de escolha é o transplante de medula óssea.
- 3) A presença de hepatoesplenomegalia é um achado comum.
- 4) Outros diagnósticos diferenciais incluem deficiência de vitamina B12, deficiência de ácido fólico e hemoglobinúria paroxística noturna.
- 5) A presença de atipias celulares sugere o diagnóstico de mielodisplasia com medula hipocelular.

7 – Paciente de 56 anos, diabético, em tratamento de linfoma difuso de grandes células B com esquema quimioterápico que inclui prednisona 1mg/kg é internado para investigação de dispnéia associada à broncoespasmo refratário. Realizado diagnóstico de aspergilose pulmonar e iniciado tratamento com anfotericina B. Apresentou descompensação glicêmica e foi necessário o uso de insulina. Clinicamente, o paciente apresentava-se dispneico pelo broncoespasmo apesar do tratamento específico que incluía fenoterol. Nos exames laboratoriais apresentava: Hb: 11 g/dL, Leucócitos: 16.000/mm<sup>3</sup>, plaquetas: 230.000/mm<sup>3</sup>, Na<sup>+</sup>: 139 mEq/L, K: 2,2 mEq/L e gasometria arterial com pH: 7,50, pCO<sub>2</sub>: 22 mmHg, pO<sub>2</sub>: 72 mmHg, Bic de Na<sup>+</sup>: 18 mEq/L e Sat O<sub>2</sub>: 94%. Dentro do caso clínico apresentado, quantos motivos estão envolvidos na hipocalemia do paciente?

- 1) Dois.
- 2) Três.
- 3) Quatro.
- 4) Cinco.
- 5) Seis.

8 - Paciente de 21 anos é levado ao clínico pelos pais por quadro de palpitações, tremores, sudorese e fome quando mantém jejum prolongado. Os sintomas desaparecem ao ingerir alimentos. Certa vez apresentou quadro confusional associado a esses sintomas sendo levado ao Pronto Socorro. A glicemia era de 50 mg/dL. Paciente foi internado para investigação sendo realizados exames durante jejum prolongado que demonstraram: glicemia: 43 mg/dL, insulinemia: 10 uIU/ml (VR: 2,60 a 11,10), peptídeo C: 0,2 ng/mL (VR :1,1 a 3,5) e pró-insulina: 1 pmol/dL (VR:4,9 a 10,9). Frente ao quadro clínico e aos exames, o provável diagnóstico é:

- 1) Normalidade.
- 2) Hipoglicemia factícia por insulina exógena.
- 3) Insulinoma.
- 4) Hipoglicemia factícia por sulfoniluréias.
- 5) Nesidioblastose.

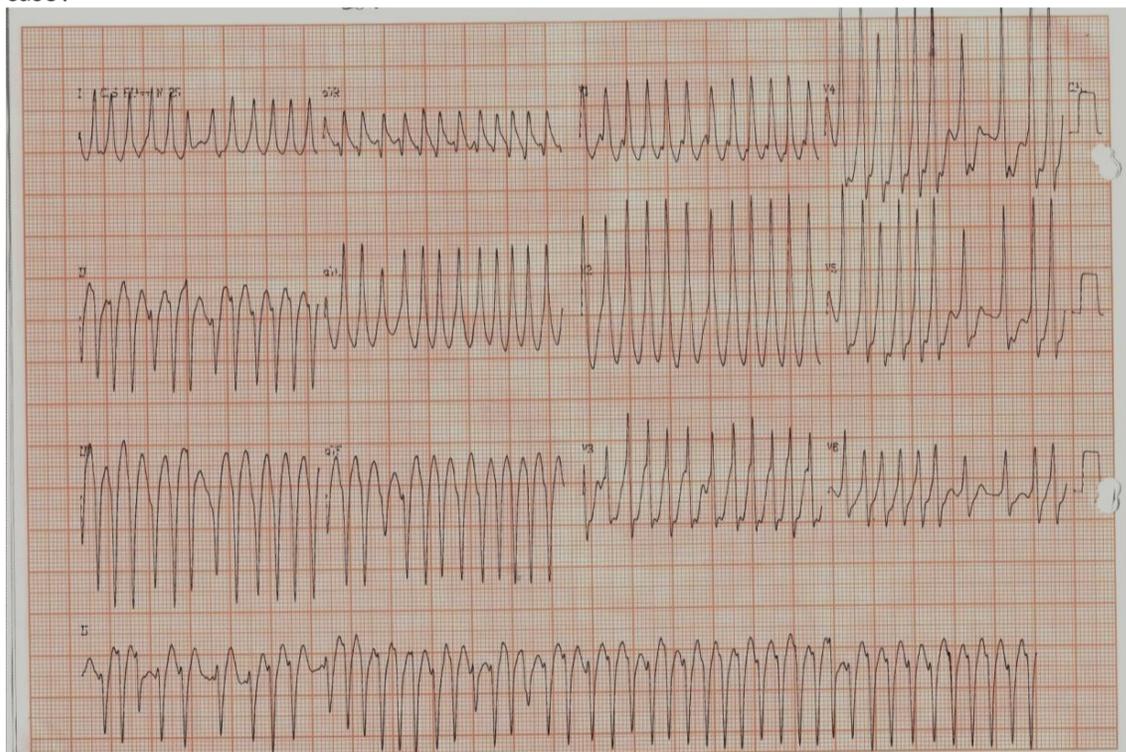
9 - Mulher, 76 anos, com história de fibrilação atrial persistente, hipertensão arterial sistêmica e diabetes melitus. Na consulta de rotina apresenta-se assintomática, em uso de verapamil 240mg/dia. O exame físico mostra ritmo cardíaco irregular, PA: 130/80mmHg e FC: 90 bpm. O Ecocardiograma recente revela átrio esquerdo de 45 mm, fração de ejeção de 0,70 e hipertrofia ventricular esquerda. Em relação ao risco de embolia nesta paciente, assinale a alternativa correta:

- 1) Não há necessidade de tratamento de manutenção específico.
- 2) Deve-se realizar ecocardiograma transesofágico para decidir entre antiadesivo plaquetário e anticoagulação plena.
- 3) Deve-se iniciar dose diária de 100 mg de ácido acetilsalicílico.
- 4) Deve-se associar ácido acetilsalicílico à anticoagulação com INR entre 1,5 e 2,0.
- 5) Deve-se iniciar anticoagulação plena com INR entre 2 e 3.

10 - Sobre o padrão das artrites **NÃO** podemos afirmar:

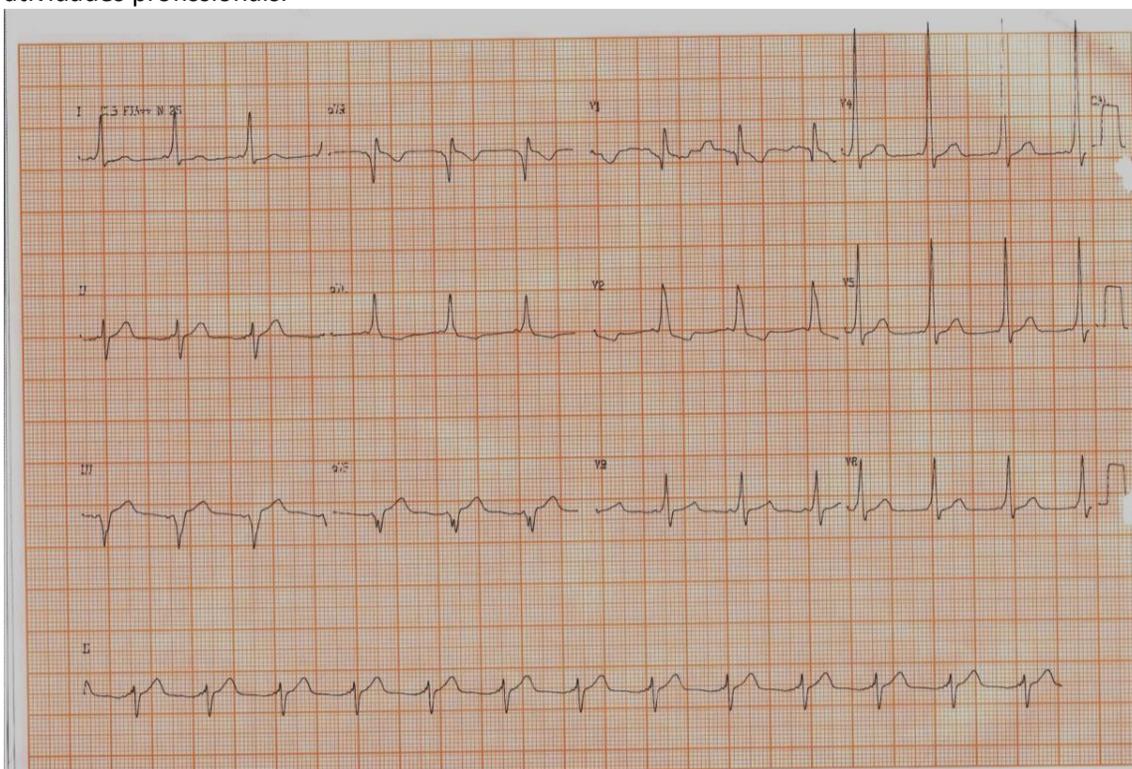
- 1) A artrite reativa comumente se manifesta de forma oligoarticular, assimétrica e de membros inferiores.
- 2) A artrite da febre reumática manifesta-se de forma assimétrica, migratória, de grandes articulações e com acometimento preferencial de membros inferiores.
- 3) Artrite séptica, artrite relacionada a depósitos de cristais e as artrites relacionadas a traumas são as principais causas de monoartrites .
- 4) A artrite lúpica tende a ser simétrica, migratória, com acometimento de pequenas articulações, especialmente as das mãos e associada a deformidades articulares.
- 5) A artrite reumatóide caracteriza-se por poliartrite periférica, simétrica e associada a deformidades articulares.

11 - Paciente de 22 anos, jogador profissional de futebol com queixas recorrentes de palpitações taquicárdicas há 10 anos. Durante o treino apresentou mal estar geral associado a palpitações. Foi levado para o pronto socorro mais próximo e avaliado pelo clínico geral. Ao exame: consciente, taquicárdico, PA: 110/60mmHg. Realizado ECG (abaixo). Qual a conduta mais adequada para esse caso?



- 1) Massagem do seio carotídeo e na ausência de resposta, adenosina 6 mg endovenosa em bolus.
- 2) Cardioversão elétrica sincronizada.
- 3) Amiodarona endovenosa.
- 4) Controle da frequência ventricular com diltiazem e prescrição de AAS 325mg/dia.
- 5) Solicitar estudo eletrofisiológico em caráter de urgência.

12- Após conduta adotada no pronto socorro o paciente da questão anterior **(11)** foi encaminhado ao cardiologista com o seguinte ECG. Encontra-se muito ansioso, pois deseja retornar às suas atividades profissionais.



Sobre o caso, é correto afirmar:

- 1) O paciente deve ser afastado do esporte e deve ser solicitado estudo eletrofisiológico, pois o eletrocardiograma sugere síndrome de pré-excitação ventricular.
- 2) Na ausência de cardiopatia estrutural, as alterações do ritmo apresentadas são benignas. Não necessita de tratamento e o indivíduo pode ser liberado para prática esportiva.
- 3) O paciente não precisa ser afastado do esporte e deve-se iniciar tratamento com propranolol VO, devido à possibilidade de taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica.
- 4) O paciente deve ser afastado do esporte até que seja realizado implante de cardiodesfibrilador implantável.
- 5) Deve-se afastar o paciente das atividades esportivas devido à necessidade de anticoagulação oral crônica.

13 - Paciente de 79 anos, hipertensa há 20 anos, em uso de captopril 150mg/dia, hidroclorotiazida 25mg/dia e propranolol 160mg/dia. Faz revisões semestrais de rotina. Vem ao consultório médico negando qualquer queixa específica e trazendo exames solicitados na última consulta, incluindo o seguinte ECG:



Dentre as alternativas abaixo, qual a melhor conduta?

- 1) Observação clínica e repetição de exames em seis meses.
- 2) Internação para investigação de síndrome coronariana aguda.
- 3) Internação para implante de marcapasso definitivo.
- 4) Internação, suspensão do propranolol e investigação etiológica.
- 5) Internação e prescrição de amiodarona por via oral.

14 - Quais as principais etiologias desse distúrbio de condução da questão anterior (13), excluindo-se as causas exógenas?

- 1) Drogas e síndromes disautonômicas.
- 2) Isquemia e colagenose.
- 3) Senilidade e doença de Chagas.
- 4) Hipotireoidismo e apnéia obstrutiva do sono.
- 5) Complicações de cirurgia cardíaca.

15 – Mulher de 20 anos vem ao consultório referindo cianose em mãos há 1 ano. Refere que há 3 meses iniciou quadro de edema e hiperemia das articulações das mãos associado a fraqueza muscular, disfagia e dispnéia aos esforços. Laboratorialmente apresenta anti RNP 1:1000. Das alternativas abaixo, qual é a **INCORRETA** diante da principal hipótese diagnóstica?

- 1) Espera-se a positividade do FAN e anti-Jo-1.
- 2) A capilaroscopia evidencia microangiopatia na maioria dos pacientes.
- 3) O Ecocardiograma é o exame inicial para avaliar o acometimento pulmonar, que representa a principal causa de morte nesses pacientes.
- 4) A eletroneuromiografia mostra miopatia inflamatória proximal.
- 5) O envolvimento dos rins é incomum e quando ocorre não costuma ser grave.

16 - Paciente de 80 anos procura atendimento por quadro de síndrome consuptiva há seis meses associada a dor abdominal e alteração do hábito intestinal. Traz exame externo evidenciando múltiplas lesões hepáticas de provável etiologia metastática. É internado para realizar colonoscopia e tomografia de abdome com contraste para diagnóstico e estadiamento. Durante preparo colônico evolui com piora da função renal com a creatinina elevando-se de 1,2 mg/ dL para 1,9 mg/dL e a uréia de 48 mg/dL para 104 mg/dL. Sobre o caso **NÃO** podemos afirmar:

- 1) Espera-se na investigação da disfunção renal um sódio urinário abaixo de 20 meq/L e densidade urinária maior do que 1020.
- 2) O uso de contraste de baixa osmolaridade reduz a chance de nefropatia contraste induzida.
- 3) Os principais focos de disseminação metastática para o fígado são: intestino, pulmão e mama.
- 4) Neste momento a tomografia do paciente deve ser suspensa.
- 5) A profilaxia para nefropatia induzida por contraste deve ser realizada com hidratação, acetilcisteína e furosemida.

17 - Sobre a doença renal crônica (DRC) **NÃO** podemos afirmar:

- 1) A principal causa de óbito nesses pacientes é decorrente de processos infecciosos associados a bacteremia do procedimento dialítico e do cateter de Shilley.
- 2) As alterações no perfil lipídico começam já nas fases iniciais da DRC, especificamente quando a taxa de filtração glomerular está < 60 mL/min.
- 3) A neuropatia urêmica é muito prevalente em pacientes que iniciarão diálise e caracteriza-se por acometimento sensitivo-motor distal dos membros.
- 4) Disfunção sexual é muito comum e os sintomas podem se agravar com o uso de tiazídicos e bloqueadores dos canais de cálcio.
- 5) A ferropenia deve ser pesquisada antes da reposição de eritropoetina no tratamento da anemia.

18 - Paciente de 50 anos, ex-tabagista 20 anos/maço, procurou o ambulatório com quadro de tosse seca associado à dispnéia aos esforços há dois anos. Ao exame clínico apresentava estertores crepitantes difusos, predominante em bases e hipocratismo digital. A radiografia torácica revelava infiltrado reticulonodular bilateral e o padrão histológico, mediante biópsia a céu aberto, uma pneumonite intersticial usual. Qual o provável diagnóstico?

- 1) Pneumonite por hipersensibilidade.
- 2) Pneumoconiose.
- 3) Fibrose pulmonar.
- 4) Sarcoidose.
- 5) Linfangioleiomiomatose.

19 - A síndrome de Trousseau é uma manifestação paraneoplásica caracterizada por tromboflebite migratória de repetição em sítios não usuais e que pode preceder por meses a anos o diagnóstico oncológico. Qual adenocarcinoma é mais comumente associado a esta síndrome?

- 1) Pâncreas.
- 2) Pulmão.
- 3) Próstata.
- 4) Estômago.
- 5) Cólon.

20 - Homem, 70 anos, hipertenso desde os 40 anos evoluiu há 8 anos com dispnéia aos esforços, ortopnéia, dispnéia paroxística noturna e edema de membros inferiores. Iniciada terapia específica na ocasião com beta-bloqueadores, vasodilatadores e diuréticos com melhora dos sintomas. Com o passar dos anos, a doença progrediu e o paciente manifestava dispnéia em repouso apesar do tratamento clínico. Há 6 meses descobriu adenocarcinoma de cólon por quadro de hematoquezia. Hoje, foi levado ao hospital às pressas por quadro de edema agudo pulmonar e insuficiência respiratória seguida de óbito. Você, como médico da família, foi chamado para preencher a declaração de óbito. Qual dessas alternativas corresponderia a um preenchimento adequado da declaração de óbito.

- 1) Insuficiência respiratória - causa básica.
- 2) Insuficiência cardíaca - causa imediata.
- 3) Hipertensão arterial sistêmica - causa básica.
- 4) Adenocarcinoma de cólon - causa intermediária.
- 5) Edema agudo pulmonar - causa básica.

21 - A infusão de fluidos isotônicos e medicamentos pela via subcutânea tem sido cada vez mais empregada em pacientes submetidos a cuidados paliativos. Qual dessas medicações **NÃO** pode ser administrada por esta via?

- 1) Ceftriaxone.
- 2) Haloperidol.
- 3) Fenobarbital.
- 4) Diazepam.
- 5) Fentanil.

22 - Sobre o manejo perioperatório podemos afirmar:

- 1) Pacientes em pós-operatório de prótese do quadril podem receber trombopprofilaxia com aspirina de forma isolada.
- 2) Pacientes com hemoglobina glicosilada acima de 7,0% deverão ter a cirurgia eletiva adiada.
- 3) A cessação do tabagismo em período pré-operatório não reduz a incidência de complicações cirúrgicas.
- 4) Pacientes com hipotireoidismo subclínico deverão ter a cirurgia eletiva adiada pelo risco elevado de hipotermia, hipotensão e depressão miocárdica.
- 5) Cirurgia ortopédica, prostática, intraperitoneal e endarterectomia de carótidas apresentam risco cardiovascular intrínseco intermediário.

23 - Qual dessas classes de medicações, de forma isolada, é a mais indicada para se iniciar o tratamento de um paciente com surto psicótico?

- 1) Anti-histamínicos.
- 2) Benzodiazepínicos.
- 3) Neurolépticos.
- 4) Anti-depressivos.
- 5) Opióides.

24 - Sobre a doença carotídea aterosclerótica **NÃO** podemos afirmar que:

- 1) O tratamento clínico envolve o uso de antiagregantes e estatinas associados ao controle da hipertensão arterial sistêmica, diabetes, tabagismo e obesidade.
- 2) O tratamento é clínico em pacientes com estenoses carotídeas menores do que 50%.
- 3) A endarterectomia carotídea é considerada tratamento de primeira linha para pacientes assintomáticos e com estenose carotídea entre 60 e 99%.
- 4) O risco perioperatório de pacientes com mais de 70 anos e doença carotídea sintomática é duas vezes maior na angioplastia carotídea com *stent* em relação à endarterectomia.
- 5) Após um evento cerebrovascular isquêmico secundário a doença carotídea grave a endarterectomia deve ser realizada após três meses.

25 - Sobre a proteína C reativa **NÃO** podemos afirmar:

- 1) É uma proteína produzida pelo fígado.
- 2) Os valores independem da idade, do sexo e da raça.
- 3) Níveis elevados estão associados a infecções bacterianas, mas podem elevar-se também em infecções virais.
- 4) Obesidade, tabagismo, diabetes, hipertensão arterial, uremia, distúrbios do sono e depressão podem elevar seus níveis.
- 5) Níveis elevados de procalcitonina têm maior sensibilidade no diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade de etiologia bacteriana do que níveis elevados de PCR.

26 - A Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) e a Necrólise Epidérmica Tóxica (NET) constituem reações cutâneas agudas de hipersensibilidade graves a drogas e que levam o paciente a procurar o serviço de emergência. Assinalar a alternativa verdadeira:

- 1) SSJ representa os casos com descolamento cutâneo superior a 30% da superfície corporal.
- 2) O exame histológico da pele lesada na SSJ/NET mostra necrose da epiderme e discreto infiltrado inflamatório na derme.
- 3) O termo SSJ é sinônimo de eritema multiforme *major*.
- 4) A SSJ tem uma apresentação clínica parecida com a síndrome da pele escaldada estafilocócica.
- 5) Miocardite e nefrite são eventos raros na NET.

27 - Uma das complicações mais significativas do tratamento do câncer, responsável por considerável morbimortalidade, é a cardiotoxicidade. Em relação a esta, é **INCORRETO** afirmar:

- 1) A forma aguda ou subaguda caracteriza-se por alterações súbitas na repolarização ventricular, alterações no intervalo Q-T, arritmias supraventriculares e ventriculares, síndromes coronarianas agudas, pericardite e miocardite.
- 2) A forma aguda ou subaguda ocorre do início até 14 dias após o término da quimioterapia.
- 3) Desaparece em até 6 meses após o término da quimioterapia.
- 4) A manifestação mais típica da forma crônica é a disfunção ventricular sistólica ou diastólica que pode levar a insuficiência cardíaca congestiva até a morte cardiovascular.
- 5) Seus efeitos clássicos são cumulativos e têm relação com a dose, a velocidade de infusão, a associação de drogas e as insuficiências hepática e renal.

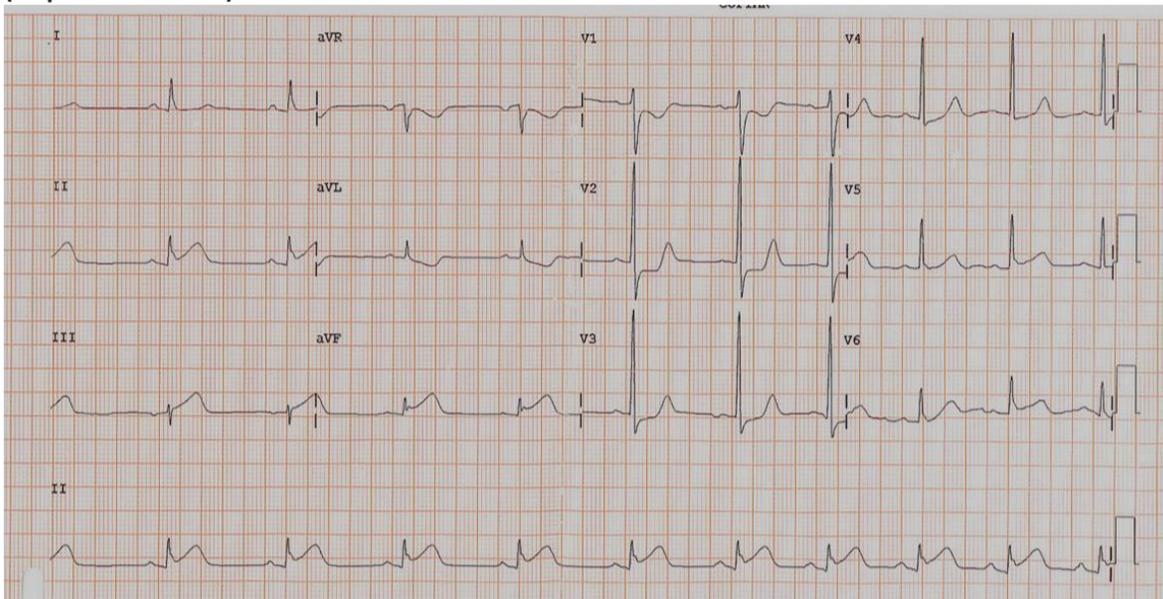
28 - Com relação aos principais efeitos adversos dos anticonvulsivantes assinale a associação correta (anticonvulsivante/efeito adverso):

A. Fenitoína	I. Diplopia, visão turva, hiponatremia, neutropenia
B. Fenobarbital	II. Rash cutâneo, cefaléia, diplopia, astenia e ansiedade
C. Carbamazepina	III. Tontura, sedação, prejuízo cognitivo e da concentração
D. Ácido valpróico	IV. Insuficiência hepática, ganho de peso, alopecia
E. Lamotrigina	V. Ataxia, hiperplasia gengival, hirsutismo

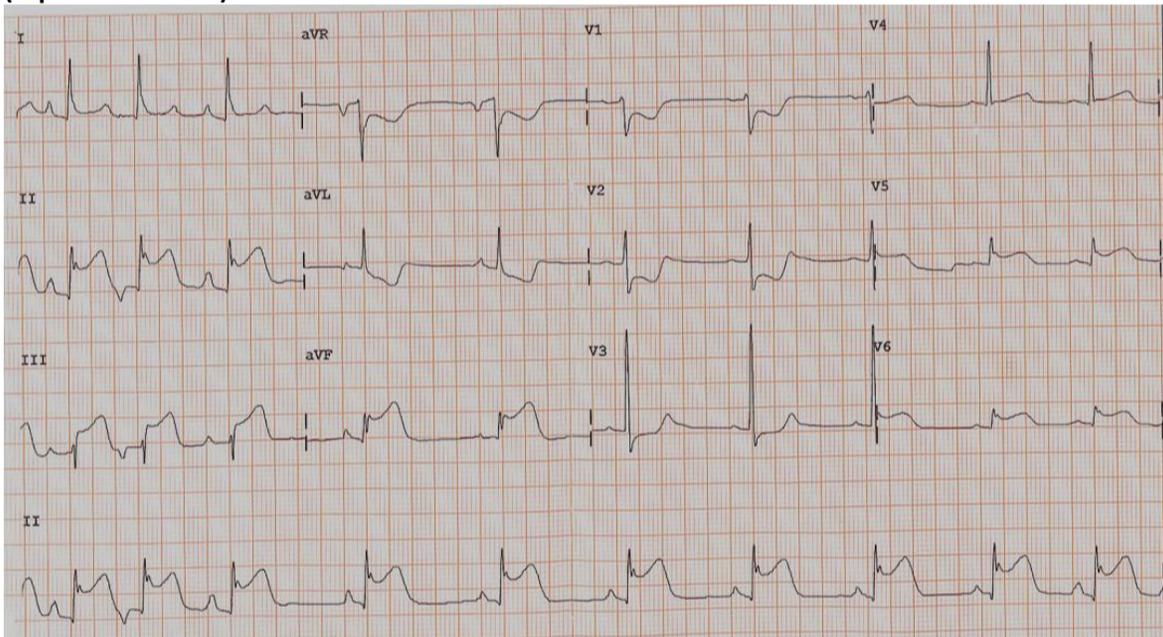
- 1) A/V - B/III - C/I - D/IV - E/II.
- 2) A/II - B/IV - C/V - D/I - E/III.
- 3) A/I - B/II - C/IV - D/III - E/V.
- 4) A/III - B/I - C/V - D/II - E/IV.
- 5) A/IV - B/V - C/III - D/II - E/I.

29 - Paciente de 63 anos com dor anginosa e sudorese há 30 minutos chega ao pronto socorro com PA de 100/60 mmHg. Feito ECG na admissão, conforme abaixo (A). Foi iniciada trombólise com alteplase 100mg, pois estava na janela terapêutica e não havia contra-indicações. Também recebeu enoxaparina 1mg/kg e AAS 200mg. Após 1 hora da trombólise, a intensidade da dor diminuiu (escala numérica – de 9 para 5) e ECG pós-trombólise (B) mostrou traçado abaixo. Dentre as alternativas apresentadas, qual é considerada **INAPROPRIADA** para este caso?

**(A- pré trombólise)**



**(B-pós trombólise)**



- 1) Deve-se sempre realizar ECG adicional com derivações V3R, V4R e V7, V8.
- 2) Logo na chegada estava indicada a terapia de reperfusão, sendo a cinecoronariografia com possível angioplastia a primeira opção.
- 3) Está indicada a angioplastia de resgate.
- 4) Está indicada reposição volêmica com solução salina fisiológica.
- 5) Está indicada a intervenção coronariana percutânea (ICP) eletiva em 3-24 horas após trombólise.

30 - Dentre os fatores de risco abaixo citados, cite o que **NÃO** corresponde a fator para mau prognóstico funcional na síndrome de Guillain-Barré no adulto:

- 1) Idade acima dos 50 anos.
- 2) Amplitude do potencial da neurocondução motora entre 30 e 50% do limite normal.
- 3) Diarréia precedente.
- 4) Início abrupto de fraqueza grave (menos de 7 dias).
- 5) Necessidade de ventilação mecânica.

31 - Assinale a alternativa correta em relação às respostas compensatórias dos distúrbios ácido-básicos:

	Distúrbio	Compensação esperada
1	Acidose Respiratória Aguda	Para cada diminuição de 10 mmHg na pCO <sub>2</sub> , o HCO <sub>3</sub> deve diminuir 2 mEq/L
2	Alcalose Respiratória Aguda	Para cada aumento de 10 mmHg na pCO <sub>2</sub> , o HCO <sub>3</sub> deve aumentar 1 mEq/L
3	Acidose Metabólica	Para cada aumento de 1 mEq/L no HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> , a pCO <sub>2</sub> deve subir 0,7 mmHg
4	Alcalose Metabólica	pCO <sub>2</sub> esperada = [(1,5 x HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> ) + 8] ± 2
5	Acidose Respiratória Crônica	Para cada aumento de 10 mmHg na pCO <sub>2</sub> , o HCO <sub>3</sub> deve aumentar 3,5 mEq/L

32 - Homem de 36 anos é trazido pelo SAMU ao Pronto Socorro por obnubilação de consciência, confusão, alucinações visuais e tremores de extremidades. Segundo seus familiares, tem história crônica de abuso de álcool, porém diminuiu a ingestão há 48 horas, mas não parou de beber. Seus dados vitais PA: 180/110 mmHg, FC:110 bpm e T:37,8°C. Logo após a admissão apresentou crise convulsiva tônico-clônica generalizada. Em relação ao manejo deste paciente, é **INCORRETO** afirmar:

- 1) É necessário a hidantolização para evitar novas crises convulsivas, além de tiamina seguida de glicose 50%. Assim que possível, avaliação por tomografia computadorizada de crânio sem contraste.
- 2) Diante de picos febris acima de 38,5°C é necessário a investigação de processo infeccioso.
- 3) O tratamento deverá ser realizado com benzodiazepínicos de acordo com a gravidade dos sintomas apresentados.
- 4) Alterações hidroeletrólíticas e infecção são fatores de piora e manutenção do quadro clínico.
- 5) Os sintomas de aparecimento mais precoces são tremores, ansiedade, insônia, náuseas e inquietação.

33 - Homem desconhecido, aparentando 30 anos, é trazido por policiais, tendo sido encontrado caído em via pública. Segundo relatos é morador de rua. Apresentava-se com suas vestes molhadas, com rebaixamento importante do nível de consciência. Seus dados vitais mostravam PA 80/40 mmHg, FC 36 bpm e temperatura axilar < 35°C e respira espontaneamente. Traçado do ECG mostrou bradicardia sinusal com onda de Osborn. Assinale a alternativa **INCORRETA** para este caso:

- 1) A temperatura central está menor que 32°C.
- 2) A retirada das vestes molhadas e administração de tiamina seguida de glicose hipertônica intravenosa periférica pode recuperar seu quadro clínico.
- 3) Outras alterações podem ser evidenciadas no ECG, como aumento do espaço PR, RR, QRS e QT.
- 4) Está indicada a hidratação com soro fisiológico ou ringer lactato aquecido através de acesso venoso central.
- 5) A hemodiálise a 41°C está indicada caso não responda às manobras de aquecimento ativo central.

34 - Paciente é levada ao pronto socorro por familiares, em coma por provável intoxicação por fenobarbital, pois foi encontrada uma caixa vazia da medicação. Há um mês havia sido internada por ideação suicida. Assinale a alternativa **INCORRETA** para o caso.

- 1) Métodos dialíticos podem ser utilizados em pacientes com insuficiência renal ou com intoxicação grave e risco de vida, principalmente a hemodiálise e a hemoperfusão.
- 2) O aumento da diurese com acidificação da urina deve ser estimulado, pois aumenta sobremaneira a excreção do fenobarbital.
- 3) Em associação com outros depressores do sistema nervoso central, e principalmente com álcool, a dose letal pode ser menor.
- 4) Na intoxicação grave pode ocorrer hipóxia e hipercapnia, hipotensão e choque e óbito.
- 5) A lavagem gástrica pode ser feita nas primeiras 24h após ingestão de fenobarbital.

35 - Todas as alternativas abaixo são complicações da rabdomiólise, com **EXCEÇÃO** de:

- 1) Hiperuricemia.
- 2) Arritmia cardíaca.
- 3) Hipercalcemia.
- 4) Hipercalcemia.
- 5) Coagulação intravascular disseminada.

36 - Assinale a alternativa correta para a Síndrome da Imobilidade do idoso:

- 1) Considera-se imobilidade a restrição do idoso ao leito por mais de 30 dias.
- 2) A primeira modificação notada é comprometimento cutâneo e/ou úlcera de decúbito.
- 3) Em quatro semanas de restrição ao leito pode perder até 50% de seu nível inicial de força muscular.
- 4) O diagnóstico inicial é feito pela eletromiografia.
- 5) A principal causa de morte é a embolia pulmonar.

37 - Em países tropicais, onde é endêmica, a leptospirose é uma importante causa de Insuficiência Renal Aguda (IRA). Assinale a alternativa **INCORRETA**:

- 1) Proteinúria, quando presente, geralmente é menor que 1 g/24h.
- 2) Insuficiência renal nos pacientes hiperbilirrubinêmicos representa uma forma grave, muitas vezes com oligoanúria.
- 3) A IRA devido à leptospirose geralmente se apresenta de forma não oligúrica e com hipocalcemia.
- 4) O comprometimento renal é uma complicação frequente nos pacientes com a forma grave da leptospirose, caracterizado principalmente por uma associação de dano glomerular e tubular.
- 5) Os principais fatores envolvidos na patogênese da IRA na leptospirose são ação nefrotóxica direta da leptospira e ação das toxinas com indução da resposta imune.

38 - Homem de 72 anos é levado por familiar ao pronto socorro por rigidez muscular importante e febre de 38,2° C há 3 dias. Associado ao quadro, notou-se alteração do estado mental, taquicardia e CPK de 14.200 U/mL. Faz uso de vários medicamentos, sendo que alguns foram introduzidos recentemente. Qual dos medicamentos abaixo **NÃO** constitui fator causal para este caso?

- 1) Lítio.
- 2) Carbamazepina.
- 3) Clorpromazina.
- 4) Haloperidol.
- 5) Bromocriptina.

39 - Paciente com carcinoma folicular de tireóide é submetida à tireoidectomia total. No terceiro dia pós-operatório é observado ao ECG aumento do intervalo QT à custa do segmento ST. Neste momento é importante estar atento para outras manifestações clínicas, conforme abaixo citadas, com **EXCEÇÃO** de:

- 1) Convulsão.
- 2) Hipertensão arterial.
- 3) Edema de papila.
- 4) Broncoespasmo.
- 5) Espasmo carpopedal.

40 - Paciente com doença neoplásica maligna em fase terminal expressa ao médico da emergência seu desejo de não querer se submeter a procedimentos de ventilação mecânica, tratamentos dolorosos ou extenuantes ou até mesmo a reanimação na ocorrência de parada cardiorrespiratória. De acordo com a aprovação da Resolução 1.995/2012 pelo Conselho Federal de Medicina, publicada no Diário Oficial da União no dia 31 de agosto de 2012, que estabelece critérios sobre diretiva antecipada de vontade, é correto afirmar:

- 1) Só terá amparo legal se houver documento registrado em cartório.
- 2) Uma vez estabelecida, esta diretiva não poderá ser modificada ou revogada.
- 3) As informações serão desconsideradas pelo médico caso não houver documento por escrito e representante legal para tal fim.
- 4) Independente da forma de registro formal – em cartório ou no prontuário – essa vontade não poderá ser contestada por familiares.
- 5) Na ausência de registro formal das diretivas antecipadas de vontade do paciente, o médico deverá utilizar de todos os recursos tecnológicos disponíveis.

41 - As mudanças no tratamento pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT)/Ministério da Saúde em 2009, aplicáveis aos indivíduos com 10 anos ou mais, consiste em:

- 1) Introduzir a etionamida como quarto fármaco na fase intensiva de tratamento do esquema básico.
- 2) Evitar o aumento da multirresistência a rifampicina + isoniazida.
- 3) Introduzir o esquema IR e III para os casos de recidiva da doença.
- 4) Usar drogas combinadas em comprimidos com doses fixas, sendo a isoniazida de 400 mg e pirazinamida de 2.000 mg.
- 5) Utilizar o esquema (2RHZE/9RH) associado à corticosteróide para meningoencefalite.

42 - Homem de 69 anos procura atendimento médico por fadiga crônica, perda de peso, edema nas pernas, e falta de ar. Há meses tem sensibilidade diminuída nos dedos, diarreia, empachamento pós alimentar, aumento da espessura da língua e tonturas ao se levantar. Traz exames que revelam hepatomegalia, aumento da área cardíaca e proteinúria. Foi encontrado fragmento da cadeia leve de imunoglobulina no sangue e urina. Qual a doença que se associa a este quadro com mais frequência?

- 1) Mieloma múltiplo.
- 2) Doença de Crohn e retocolite ulcerativa.
- 3) Artrite reumatóide.
- 4) Osteomielite crônica.
- 5) Leucemias.

43 - Jovem de 17 anos, moradora da região rural de São Paulo, apresenta exantema maculopapular que se iniciou nos punhos e tornozelos, evoluiu para tronco e face, seguido da região palmoplantar. Há 4 dias refere febre alta, calafrios, mialgia, dores abdominais, cefaléia, náuseas e vômitos, fotofobia e anorexia. Ao exame físico observa-se petéquias e sufusões hemorrágicas confluentes principalmente em membros. Presença de leucócitos normais, neutrofilia e plaquetopenia. Qual o tratamento endovenoso de escolha para este caso?

- 1) Aciclovir.
- 2) Doxiciclina.
- 3) Oxaciclina.
- 4) Imunoglobulina e ácido acetilsalicílico.
- 5) Cefalosporina.

44 - Seu principal mecanismo de ação é o prolongamento da abertura dos canais de cloro, dos receptores GABAA e consequente hiperpolarização da membrana pós-sináptica. Também pode bloquear os canais de sódio e potássio, reduzir o influxo de cálcio pré-sináptico e, provavelmente, reduzir as correntes mediadas pelo glutamato. Dentre os anti-convulsivantes abaixo citados, qual apresenta este tipo de mecanismo de ação farmacológica?

- 1) Fenitoína.
- 2) Fenobarbital.
- 3) Carbamazepina.
- 4) Etossuximida.
- 5) Gabapentina.

45 - Qual a principal causa da trombose do seio cavernoso?

- 1) Tumores do encéfalo.
- 2) Processo infeccioso da face.
- 3) Aneurismas cerebrais.
- 4) Anemia falciforme.
- 5) Traumas cranianos.

46 - Homem de 74 anos em tratamento de insuficiência cardíaca crônica por miocardiopatia chagásica, chega ao Pronto Socorro com tonturas, fraqueza, náuseas e muitas câimbras. Não sabe informar sobre medicações de uso regular. Há quatro dias passou a sentir muita canseira e inchaço nas pernas, motivo pelo qual aumentou por conta própria as doses dos medicamentos. Há um dia seu intestino parou de funcionar e ficou com o abdome distendido. Tomou laxante, tendo diarreia, mas não melhorou a distensão abdominal. ECG mostra traçado abaixo. Foi detectado um importante distúrbio eletrolítico, cuja reposição foi iniciada imediatamente. Assinale a alternativa **FALSA** para este desequilíbrio eletrolítico encontrado neste caso.



- 1) Trata-se de complicação decorrente de automedicação.
- 2) As câimbras e íleo paralítico são complicações deste distúrbio eletrolítico.
- 3) Há necessidade também da reposição de gluconato de cálcio.
- 4) Pode contribuir para arritmias cardíacas por intoxicação digitálica.
- 5) A hiperglicemia pode ocorrer por inibição da secreção de insulina.

47 - Mulher de 22 anos, natural do Pará, apresenta lesões cutâneas com piora há uma semana, associada a febre e artralgia. As lesões eram em placas infiltrativas e nódulos hiperemiados e hipercrômicos em áreas de exposição, com lesões ulceradas em membros inferiores. A bacterioscopia da linfa de lobo da orelha e lesões de pele mostrou presença de *Mycobacterium leprae*. A biópsia de pele mostrou vasculite leucocitoclástica e invasão endotelial pelo BAAR. Em relação a este caso, é correto afirmar:

- 1) Trata-se de fenômeno de Lúcio.
- 2) A reação hansênica é do tipo I ou reação reversa.
- 3) Mesmo nas manifestações mais intensas, é rara a presença de trombose vascular ao exame anatomopatológico.
- 4) O tratamento de escolha inicial é poliquimioterapia multibacilar associado à talidomida.
- 5) Dapsona, rifampicina e ofloxacina não desencadeiam reações hansênicas.

48 - Todo paciente com forma tardia da sífilis deve ter avaliação do líquido cefalorraquidiano, já que o tratamento da forma assintomática evita a progressão da neurosífilis. Neste caso, o achado de uma ou mais alterações do líquido abaixo citadas definem a neurosífilis, com **EXCEÇÃO** de:

- 1) Pleiocitose.
- 2) Redução da glicose.
- 3) FTA-Abs positiva.
- 4) Aumento de proteína.
- 5) Aumento do cloro.

49 - Paciente de 28 anos, previamente saudável, é levado por familiares ao pronto socorro por apresentar há 5 dias períodos de confusão mental, *flapping*, lentificação do raciocínio, irritabilidade, diminuição da atenção, inversão do padrão sono-vigília. Exames mostraram INR 3,5. Dentre as alternativas abaixo, qual a causa mais comum para esse caso?

- 1) Criptogênica.
- 2) Vírus da hepatite A.
- 3) Vírus da hepatite B.
- 4) Medicamentosa.
- 5) Deficiência de alfa-1-antitripsina.

50 – Paciente de 48 anos em acompanhamento no ambulatório de clínica médica por quadro de fraqueza muscular, mialgia e nefrolitíase traz exames gerais normais exceto cálcio de 13 mg/dL. Qual das alternativas melhor correlaciona os resultados de fósforo, PTH e diagnóstico?

- 1) Fósforo alto e PTH alto; hiperparatireoidismo primário.
- 2) Fósforo baixo e PTH alto; hipoparatiroidismo primário.
- 3) Fósforo alto e PTH baixo; hiperparatiroidismo primário.
- 4) Fósforo baixo e PTH alto; deficiência de vitamina D.
- 5) Fósforo alto e PTH baixo; intoxicação por vitamina D.

Gabarito Acesso B – Concurso RM 2013

<b>Questão</b>	<b>Resposta</b>	<b>Questão</b>	<b>Resposta</b>	<b>Questão</b>	<b>Resposta</b>
1	<b>1</b>	21	<b>4</b>	41	<b>2</b>
2	<b>4</b>	22	<b>5</b>	42	<b>1</b>
3	<b>2</b>	23	<b>3</b>	43	<b>2</b>
4	<b>4</b>	24	<b>5</b>	44	<b>2</b>
5	<b>1</b>	25	<b>2</b>	45	<b>2</b>
6	<b>3</b>	26	<b>2</b>	46	<b>3</b>
7	<b>4</b>	27	<b>3</b>	47	<b>1</b>
8	<b>2</b>	28	<b>1</b>	48	<b>5</b>
9	<b>5</b>	29	<b>5</b>	49	<b>4</b>
10	<b>4</b>	30	<b>2</b>	50	<b>5</b>
11	<b>3</b>	31	<b>5</b>		
12	<b>1</b>	32	<b>1</b>		
13	<b>4</b>	33	<b>4</b>		
14	<b>3</b>	34	<b>2</b>		
15	<b>1</b>	35	<b>3</b>		
16	<b>5</b>	36	<b>3</b>		
17	<b>1</b>	37	<b>4</b>		
18	<b>3</b>	38	<b>5</b>		
19	<b>1</b>	39	<b>2</b>		
20	<b>3</b>	40	<b>4</b>		

