



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RM/SES-DF/2019, DE 27 DE AGOSTO DE 2018.

PROGRAMAS – GRUPO 003

Endocrinologia (510), Nefrologia (514) e Pneumologia (515).

Data e horário da prova:

Domingo,
21/10/2018, às 14 h.

INSTRUÇÕES

- Você receberá do fiscal:
 - um caderno da prova objetiva contendo 120 (cento e vinte) itens; cada um deve ser julgado como CERTO ou ERRADO, de acordo com o(s) comando(s) a que se refere; e
 - uma folha de respostas personalizada.
- Verifique se a numeração dos itens, a paginação do caderno da prova objetiva e a codificação da folha de respostas estão corretas.
- Verifique se o programa selecionado por você está explicitamente indicado nesta capa.
- Quando autorizado pelo fiscal do IADES, no momento da identificação, escreva, no espaço apropriado da folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

O segredo do sucesso é saber o que ninguém mais sabe.

- Você dispõe de 3 (três) horas e 30 (trinta) minutos para fazer a prova objetiva, devendo controlar o tempo, pois não haverá prorrogação desse prazo. Esse tempo inclui a marcação da folha de respostas.
- Somente 1 (uma) hora após o início da prova, você poderá entregar sua folha de respostas e o caderno da prova e retirar-se da sala.
- Somente será permitido levar o caderno da prova objetiva 3 (três) horas após o início da prova.
- Deixe sobre a carteira apenas o documento de identidade e a caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente.
- Não é permitida a utilização de qualquer tipo de aparelho eletrônico ou de comunicação.
- Não é permitida a consulta a livros, dicionários, apontamentos e (ou) apostilas.
- Você somente poderá sair e retornar à sala de aplicação da prova na companhia de um fiscal do IADES.
- Não será permitida a utilização de lápis em nenhuma etapa da prova.

INSTRUÇÕES PARA A PROVA OBJETIVA

- Verifique se os seus dados estão corretos na folha de respostas da prova objetiva. Caso haja algum dado incorreto, comunique ao fiscal.
- Leia atentamente cada item e assinale sua resposta na folha de respostas.
- A folha de respostas não pode ser dobrada, amassada, rasurada ou manchada e nem podem conter registro fora dos locais destinados às respostas.
- O candidato deverá transcrever, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, as respostas da prova objetiva para a folha de respostas.
- A maneira correta de assinalar a alternativa na folha de respostas é cobrir, fortemente, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, o espaço a ela correspondente.
- Marque as respostas assim: ●

Tipo “U”

CLÍNICA MÉDICA

Itens de 1 a 120

Um paciente de 34 anos de idade é atendido no pronto atendimento de clínica médica apresentando quadro de febre alta (40 °C) nos últimos três dias. Refere visita em emergência quando os sintomas começaram, com astenia, mialgia e dor retrorbital. Hoje comparece a consulta com dor abdominal intensa, vômitos persistentes e lipotimia e irritabilidade, segundo a esposa. Em exame, apresenta hepatomegalia de aproximadamente 5 cm; FR = 32 irpm; PA = 102 mmHg x 54 mmHg (previamente hipertenso estágio 1); FC = 126 bpm; SatO₂ = 93 % em ar ambiente. Ht = 57 % (VR = 40 % - 54 %); leuco = 1700/mm³ (VR = 4.000/mm³ - 10.000/mm³); plaquetas = 76.000/mm³ (VR 140.000/mm³ - 450.000/mm³).

Acerca desse caso clínico, julgue os itens a seguir.

1. São diagnósticos diferenciais desse caso: síndromes febris (enterovirose, influenza e outras viroses respiratórias, hepatites virais) e síndrome dolorosa abdominal (abdome agudo, pneumonia, colecistite aguda).
2. Como o paciente é adulto, é correto iniciar, como orientação, hidratação oral 60 ml/kg/dia, sendo 1/3 no início com solução salina e os 2/3 restantes com líquidos caseiros (água de coco, suco de frutas, chás etc).
3. Exames complementares obrigatórios para esse paciente são hemograma completo, dosagem de albumina sérica e transaminases.
4. Exames de imagem recomendados para esse paciente são RX de tórax, PA e perfil, incidência de Laurell e ultrassonografia de abdome.
5. É necessária a reavaliação clínica de sinais vitais, de PA e de diurese, após uma hora, e de hematócritos após duas horas de cada etapa de ressuscitação volêmica.
6. Esse paciente pode, a princípio, apresentar edema subcutâneo generalizado e derrames cavitários, por perda capilar, o que não significa, inicialmente, hiper-hidratação. O acompanhamento da reposição volêmica é feito pelo hematócrito, pela PA e pelos sinais vitais.

Um jovem trabalhador de zona rural, em Pacaraima, Roraima, vai ao planalto central visitar parentes. Chega apresentando quadro de febre, com tosse persistente, coriza e congestão nasal, além de irritação ocular e manchas avermelhadas na pele que começaram perto do pescoço e foram descendo.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

7. É correto afirmar que não se trata de um caso de sarampo, graças ao plano de contingência para resposta às emergências em saúde pública.
8. O sarampo é uma doença viral. É correto afirmar que a tosse, a fala e o espirro estão vinculados a esse caso clínico.
9. O quadro clínico pode estar relacionado a um RNA vírus com um sorotipo, pertencente ao gênero *Morbillivirus*, na família *Paramyxoviridae*.
10. Pode ser recomendado a esse paciente, como prevenção antes dessa clínica, a vacinação. Esta ocorre, para adultos, entre 20 anos e 49 anos de idade com a tríplice viral: duas doses até 29 anos, 11 meses e 29 dias de idade, e uma dose a partir dos 30 anos de idade.

11. Esse quadro clínico é clássico de sarampo. Pode-se solicitar, para esse paciente, complementação laboratorial com IgM específica.

Durante *round* da visita de clínica médica na enfermaria, R2 de clínica é abordado por R1 de cirurgia geral solicitando parecer acerca de uma paciente com história de uso de drogas injetáveis e tabagista. Foi admitida com quadro de colúria, e foram realizados exames sorológicos e laboratoriais, com a cirurgia, com os seguintes resultados: TGO = 96 U/L (VR 5 U/L a 40 U/L); TGP = 123 U/L (VR = 5 U/L a 40 U/L); anti Hbc total = reagente; anti HbsAg = reagente; HbsAg = não reagente; anti HCV = reagente; anti HIV = não reagente.

A respeito desse caso clínico e dos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

12. É apropriado solicitar, para essa paciente, pesquisa quantitativa de RNA HCV e genotipagem do vírus da hepatite C (VHC).
13. A obesidade mórbida é uma contraindicação absoluta para a biópsia hepática.
14. Carcinoma hepatocelular e cirrose são complicações da doença descrita no caso e também causas de óbito.
15. A transmissão não ocorre por via parenteral, não se podendo relacionar o uso de drogas injetáveis a esse caso. Espera-se a transmissão sexual não relatada na história clínica.
16. Deve-se solicitar, para esse paciente, biópsia hepática, padrão-ouro para o grau de acometimento hepático. A elastografia hepática também pode ser usada em caso de contraindicação da biópsia.
17. No estadiamento de uma fibrose F4, deve-se aguardar melhora do paciente para iniciar o tratamento.

Um paciente de 65 anos de idade é atendido no ambulatório com quadro de astenia e inapetência nos últimos três dias. Apresenta história de, há pouco mais de 20 dias, ter terminado uso de antibiótico, de cujo nome ele não se lembra, para sinusite. Agora apresenta febre (38,9 °C); FR = 34 irpm; PA = 84 mmHg x 47mmHg; SatO₂ = 91 % em ar ambiente. No exame físico, chama atenção a ausculta com estertores crepitantes, principalmente em bases, mais à direita, e sibilos. O paciente está levemente confuso. Evolui no atendimento com piora no padrão respiratório, com relação PO₂/FiO₂ = 189 e FC = 124 bpm, e não responde à reposição volêmica inicial, persistindo a instabilidade hemodinâmica.

Com relação a esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

18. Esse paciente, segundo diretriz brasileira de pneumonia adquirida na comunidade, preenche critérios para suporte intensivo.
19. É apropriado realizar, nesse caso, tratamento com macrolídeo, de preferência azitromicina, enquanto se aguarda que os exames sejam concluídos.
20. Não é necessário, conforme consenso atual, colher culturas nesse paciente, pois o tempo é muito importante para o início do tratamento antimicrobiano.
21. Uma opção para o tratamento desse paciente é o uso da associação de betalactâmico com quinolona respiratória.
22. É correto considerar o paciente séptico, iniciar o uso de corticoide e dosar marcadores inflamatórios, como PCR e procalcitonina.

Um paciente é atendido em ambulatório de hipertensão com quadro de obesidade (IMC = 32%), fazendo uso de atenolol 50 mg à noite, com FC = 98 bpm; PA = 164 mmHg x 102 mmHg; SatO₂ = 98%; e FR = 16 irpm.

Considerando esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

23. Uma boa medida é dobrar a dose de atenolol e passá-lo para duas vezes ao dia, além de orientar dieta e retorno com um ano.
24. Esse paciente com certeza está em estágio 3 de hipertensão arterial, conforme as diretrizes atuais.
25. Mudança de hábitos de vida, controle ponderal e um diurético tiazídico controlariam esse caso, com retorno em seis meses para ajuste de medicação.
26. Avaliação da hemoglobina glicada, função renal com avaliação da albuminúria e perfil lipídico são importantes para o controle pressórico e para guiar terapêutica desse paciente.
27. A associação de terapia não medicamentosa com dois fármacos de classes diferentes em doses baixas pode ser uma opção para esse paciente. Exemplos desses fármacos são bloqueadores da receptação de angiotensina e diuréticos tiazídicos.
28. No retorno de tratamento otimizado, não há necessidade de pesquisa de lesão em órgãos alvo desse paciente.
29. O uso de betabloqueadores com diuréticos deve ser feito com cautela em pacientes que apresentam alteração no metabolismo dos glicídeos.
30. Acidente Vascular Encefálico (AVE) é a manifestação mais comum da lesão vascular causada pela hipertensão arterial.

Uma paciente 68 anos de idade, fazendo exames para iniciar dieta, comparece a consulta ambulatorial por alteração nos exames, sem queixas ou sintomas. Chamaram a atenção a glicemia de jejum = 198mg/dL e o exame de urina normal com bacteriúria – cultura com *Pseudomonas aeruginosa* em torno de 100.000 UFC/mL. Ao consultar a internet, ficou assustada e resolveu repetir o exame de urina, que se mostrou semelhante.

Quanto a esse caso clínico e aos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

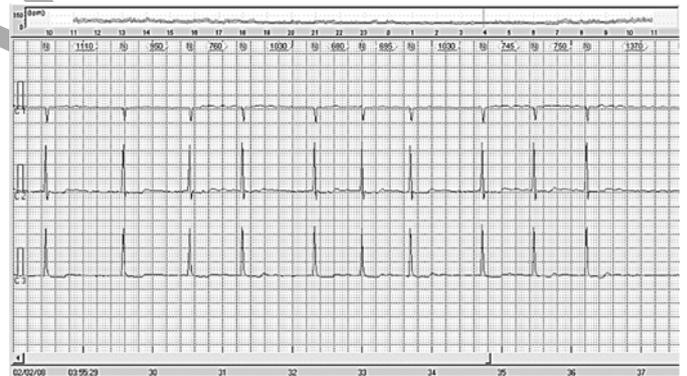
31. Pela glicemia elevada e pela idade da paciente, deve-se iniciar rapidamente tratamento antimicrobiano, com droga antipseudomonas por 14 dias, e repetir exame ao final do tratamento para verificar o respectivo clareamento.
32. O tratamento de bacteriúria em mulheres diabéticas reduz complicações oriundas da infecção urinária.
33. Esse caso retrata uma bacteriúria assintomática.
34. Por se tratar de um caso simples, em que a paciente está bem, é correto prescrever sulfametoxazol + trimetoprima e acalmar a paciente.
35. Antes de iniciar o tratamento antimicrobiano, deve-se iniciar o tratamento da diabetes, pedindo que a paciente beba bastante líquido e volte em duas semanas para tratamento da infecção.

Um paciente de 70 anos de idade é admitido à emergência do hospital com queixa de dificuldade para dormir e falta de ar,

que piorou nas últimas horas. Tem história de cirurgia de revascularização miocárdica há sete anos, com três pontes. Há seis meses, teve um infarto com colocação de um *stent*. É hipertenso e diabético, com seguimento de mais ou menos 15 anos. Apresenta, ao exame B₃, FC = 126 bpm; PA = 148 mmHg x 92 mmHg; ausculta pulmonar com estertores crepitantes e abolido em bases, além de tosse, principalmente noturna; satO₂ = 89%; e presença de refluxo hepatojugular e turgência jugular. O abdome apresenta hepatomegalia palpável e edema de membros inferiores avançando até porção inferior de abdome. Nos exames, chamam a atenção: ureia = 96 mg/dL; creatinina = 2,72 mg/dL; BNP – 280; potássio – 4,83mEq/L; sódio – 144 mEq/L.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

36. Com base nesse quadro clínico e laboratorial, uma boa opção seria iniciar betabloqueadores seletivos, como carvedilol, metoprolol ou bisoprolol.
37. Diuréticos de alça e nitroglicerina levariam este paciente a uma piora rápida nessa fase.
38. Inibidores da enzima conversora de angiotensina comprovadamente diminuem o número de internações e mortalidade.
39. Com base nos critérios de Framingham, é correto afirmar que o caso descreve insuficiência cardíaca.
40. Pelo exposto no caso clínico, esse paciente é considerado classe funcional (NYHA) III/IV.
41. O paciente seria beneficiado por suporte de oxigênio com aumento da fração inspirada de O₂ associado a ventilação mecânica não invasiva.



(Figura ampliada na página 7)

No pronto-socorro, é admitido paciente com queixa de “batedeira” há dois dias. Ele nega outras queixas e, ao realizar-se um eletrocardiograma (ECG), obtém-se a imagem apresentada na tira de ritmo (derivações C1/C2/C3, velocidade do papel = 25mm/s, calibração 1 cm = 1mV).

Acerca desse caso clínico e dos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

42. Trata-se de uma arritmia supraventricular não dependente do nó atrioventricular, caracterizada por uma ativação atrial caótica não coordenada.
43. Os intervalos RR são absolutamente irregulares, com ausência de bloqueio atrioventricular (BAV).
44. No ECG, há ausência de ondas P.
45. Para auxílio da prática clínica, podem-se usar scores de estratificação de risco para fenômenos tromboembólicos, como CHADS₂, definindo ou não o uso de aspirina.

46. Nessa arritmia cardíaca há benefício do uso de antiagregantes plaquetários na prevenção de fenômenos tromboembólicos.
47. O uso de AAS e clopidogrel pode ser uma opção para pacientes que não podem tomar qualquer anticoagulante com CHA_2DS_2-VASc maior que 2, o que não se justifica naqueles com escore menor que 1 pelo risco de sangramento.
48. A presença de lesão valvar nesse paciente justificaria o uso de novos anticoagulantes orais (NOACS) com os inibidores do fator Xa.

Considere um paciente de 52 anos de idade, diabético, dislipidêmico, tabagista e hipertenso estágio 1, com tratamento e acompanhamento irregular. Chega ao PS com quadro de dor, de início súbito, com menos de três horas de início, irradiando para mandíbula e ombro esquerdo. Ao eletrocardiograma, há presença de supradesnível do segmento ST (IAMCSST). O paciente apresenta $satO_2 = 90\%$; PA = 136 mmHg x 78mmHg; FC = 92 bpm; FR = 26 irpm.

A respeito desse caso clínico e dos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

49. Nessas primeiras horas de dor, as enzimas a serem solicitadas sequencialmente são mioglobina, CK (massa) e troponina.
50. Devem-se realizar medidas protetivas do miocárdio, como antiagregação plaquetária, nitratos, analgesia, dosar sequencialmente enzimas e solicitar ecocardiograma com 12 horas, além de encaminhar o paciente para ficar monitorado em unidade de terapia intensiva coronária.
51. Durante a intervenção percutânea, devem ser tratados todos os vasos doentes, não somente o vaso acometido, aproveitando o tempo cirúrgico.
52. O uso de antiagregantes e a intervenção percutânea precoce, por equipe experiente, trariam benefício com ganho de tecido miocárdico para esse paciente.
53. Suporte de oxigênio, analgesia e nitratos devem ser usados nesse paciente, desde a respectiva admissão, junto com antiagregação plaquetária.
54. A maioria das mortes por infarto agudo do miocárdio (IAM) ocorre nas primeiras horas de manifestação da doença, sendo 40% a 65% na primeira hora e, aproximadamente, 80% nas primeiras 24 horas.

Uma paciente de 27 anos de idade, hipertensa sob controle ambulatorial, chega ao pronto atendimento após discussão no trabalho, muito agitada, chorosa e com pressão na cabeça. Não apresenta qualquer outra queixa a não ser problemas familiares que a deixam ansiosa. Um colega havia prescrito atenolol à noite para a paciente, o que vinha controlando bem a pressão arterial até ocorrerem esses problemas. Apresenta FC = 89 bpm; $satO_2 = 98\%$; PA = 188 mmHg x 102mmHg; FR = 24 irpm. Está bastante verborreica e agitada.

Considerando esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

55. Nesse caso, pode-se utilizar captopril para o controle pressórico.
56. A observação clínica em ambiente calmo, além de analgésicos e tranquilizantes, ajudariam a encaminhar o caso.

57. Ser houver pedido da família, essa paciente deve ser internada para que se avaliem lesões orgânicas e comprometimento de órgãos.
58. Trata-se de um quadro de pseudocrise hipertensiva, sem risco de morte iminente.
59. É muito comum o uso de nifedipino de ação rápida nesses casos, em razão da respectiva segurança, reduzindo rapidamente a pressão arterial, sem risco de isquemia tecidual.

Uma paciente idosa de 72 anos de idade é admitida no hospital com quadro de tosse produtiva e febre há uma semana, agora com confusão mental e inapetência. Apresenta PA = 89 mmHg x 45 mmHg; FR = 26 irpm; $satO_2 = 78\%$ em oximetria periférica; FC = 132 bpm; laboratório com lactato > 2 mmol/L; leucócitos = 28700 mm^3 . Não respondeu a ressuscitação volêmica realizada no pronto atendimento.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

60. Pelo escore de SOFA e pela presença de infecção, é correto afirmar que se trata de uma paciente séptica, que deve ser encaminhada para unidade de terapia intensiva.
61. Devem-se aguardar exames de imagem e broncoscopia para novas medidas terapêuticas, sem prejudicar o diagnóstico etiológico.
62. Com base na não responsividade volêmica, devem-se iniciar aminas vasoativas, com observação da hiperlactatemia.
63. Devem-se colher culturas e iniciar antibioterapia empírica, preferencialmente na primeira hora, com auxílio da clínica do paciente e com cobertura ampla.
64. Deve-se iniciar um protocolo de cuidados paliativos em razão da idade, cessando investimentos desnecessários, como novos antibióticos e aminas.
65. Na ausência de tomografia de tórax, é correto iniciar antibioticoterapia nessa paciente com base na clínica e no laboratório, interferindo diretamente no prognóstico da paciente.
66. Na persistência de hiperlactatemia, necessidade de aminas vasoativas e infecção, é correto afirmar que se trata de um choque séptico, com base no *Sepe 3.0*.

Um paciente visto há uma hora sem queixas começou, na frente do filho, a apresentar dislalia e paralisia à direita. É atendido por serviço de atendimento pré-hospitalar e levado para emergência de hospital com suporte de neurologia. Com 52 anos de idade, não faz uso de qualquer medicação e nega doenças prévias. A tomografia de crânio com menos de duas horas do íctus não tem achados.

Com relação a esse caso clínico e aos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

67. Esse paciente precisa ser inserido em protocolo de trombólise com rt-PA.
68. Para esse paciente, os níveis PAS > 185 mmHg ou PAD > 110 mmHg deverão ser controlados antes de iniciar-se a trombólise, podendo ser realizado controle IV com metoprolol ou esmolol.

69. A trombólise em até quatro horas do íctus, conforme estudos, não demonstra melhora em sequelas motoras, por isso é menos utilizada no Brasil, principalmente em hospitais públicos.
70. No uso de trombólise com rt-PA, é recomendado administrar 0,9 mg/kg, até máximo de 90 mg, sendo 10% da dose em bolus no primeiro minuto e o restante em bomba de infusão em 60 minutos.
71. Caso esse paciente apresente náuseas, vômitos, elevação da pressão arterial e diminuição do nível de consciência, é recomendado interromper trombólise e repetir tomografia de crânio.

Uma mulher de 36 anos de idade sentiu mal-estar súbito, com dificuldade para falar, cefaleia hemicraniana direita, seguida de dificuldade para levantar, apresentando paralisia à esquerda. A paciente faz uso de anticoncepcional há cinco anos. A angiotomografia computadorizada revela falha de enchimento compatível com oclusão a partir do terço médio/distal do segmento M1 da artéria cerebral direita. Há sinais sugestivos de extensa área de isquemia no hemisfério cerebral direito, território irrigado pela artéria cerebral média (ASPECTS 1), sem desvio da linha média, herniações parenquimatosas cerebrais ou sinais de transformação hemorrágica. A neurologia constata 9 horas e 30 minutos do íctus e sugere AVCi maligno de artéria cerebral média direita. No momento, o paciente apresenta degeneração neurológica com escala de Glasgow 13.

Acerca desse caso clínico e dos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

72. É importante iniciar tenecteplase para essa paciente, observando-se a perda de janela terapêutica por alteplase.
73. O ideal, para essa paciente, é contactar o serviço de neurocirurgia e avaliar uma craniectomia descompressiva profilática.
74. Deve-se iniciar suporte neurológico com controle rigoroso de glicemia, temperatura e distúrbios hidroeletrólíticos, além de controle volêmico e pressórico.
75. Em razão do Glasgow, a paciente deve ficar junto a familiares em enfermaria, com controle a cada quatro horas pelos cuidados de enfermagem.
76. Edema e piora clínica começam a ocorrer nas primeiras 24 horas do evento, com mortalidade em torno de 80% e pico entre o segundo dia e o quinto dia do evento.
77. Boa prática é instalação de PIC, que, considerando o quadro da paciente, já deve estar moderadamente elevada.
78. O tratamento clínico da hipertensão intracraniana (HIC) tem como objetivo minimizar e, se possível, eliminar o insulto cerebral isquêmico secundário.
79. Uma maneira simples de manter a pressão de perfusão cerebral (PPC), evitando hipovolemia, é o uso de soluções cristaloides, coloides ou hemoderivados.

Um paciente de 54 anos de idade vai ao pronto-socorro com história de obesidade; é pós-bariátrico há 10 anos, além de ser hipertenso, diabético e dislipidêmico e gostar muito de uísque e charuto. Apresenta quadro de cianose central e dispneia intensa, mesmo com suporte de O₂ úmido e ventilação mecânica não invasiva: SatO₂ = 84%; FC = 124

bpm; PA = 164 mmHg x 92 mmHg. Realiza-se angiotomografia de tórax, cujos principais achados são: extensa falha de enchimento, comprometendo a artéria principal esquerda, com extensão para todos os respectivos ramos lobares segmentares e subsegmentares, bem como nos ramos segmentares do lobo médio e subsegmentares do lobo inferior direito, compatíveis com tromboembolismo pulmonar agudo bilateral. Há opacidade triangular na base pulmonar esquerda, sugestiva de infarto pulmonar.

A respeito desse caso clínico e dos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

80. Trata-se de um TEP maciço e agudo com extensa área pulmonar acometida, e nesse caso podem ocorrer síncope e colapso cardiovascular, em razão de súbita redução do débito cardíaco e do fluxo sanguíneo cerebral.
81. A clínica de dispneia associada a cianose está relacionada à hipoxemia, que ocorre em razão da presença de espaço morto alveolar, vaso e broncoconstrição reflexa e deficiência de produção de surfactante, com colapso alveolar.
82. É correto inferir, como diagnóstico diferencial do caso clínico, os quadros de infarto agudo do miocárdio, pneumonia, insuficiência cardíaca, asma brônquica e neoplasia torácica.
83. O ecocardiograma desse paciente pode mostrar efeito Berheim reverso ou presença de trombos nos ramos arteriais pulmonares principais ou intracavitários, permitindo a quantificação da gravidade da hipertensão pulmonar.
84. Se, nesse caso, a cintilografia pulmonar ventilação/perfusão for anormal, é bem específica para determinar TEP, mesmo que esse paciente apresente doença pulmonar obstrutiva crônica ou asma brônquica.
85. Deve-se realizar arteriografia pulmonar nesse paciente. Caso haja achado de trombo intraluminal, confirma-se diagnóstico de certeza de TEP.

Uma paciente idosa de 83 anos de idade sofreu queda no próprio domicílio, não conseguindo se movimentar. Em exame de imagem, há presença de fratura em fêmur proximal esquerdo. A paciente era antes ativa, apresentando somente diabetes e hipertensão arterial sob controle. No momento, apresenta somente dor intensa em membro inferior esquerdo.

Em relação a esse caso clínico e aos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

86. A capacidade deambulatória prévia da paciente está diretamente relacionada à mortalidade.
87. É importante averiguar anemia, pois a anemia prévia e a anemia grave (Hb < 10 g/dl) aumentam em cinco vezes a chance de óbito, em comparação com um idoso sem anemia.
88. A existência de doenças crônicas antes da fratura não tem impacto prognóstico em comparação com idosos sem doenças. Trata-se de um problema ortopédico, e não clínico.
89. Não apresentam correlação com a mortalidade o tipo de tratamento cirúrgico na fratura de colo femoral, o tipo de anestesia utilizada e o tempo decorrido antes da cirurgia.

Uma paciente de 42 anos de idade, hipertensa desde os 18 anos de idade, em controle irregular, é encaminhada para a clínica médica pela cirurgia com dor abdominal irradiando para dorso. Há suspeita de pancreatite, descartada por exames e tomografia de abdome, mas chama a atenção um ritmo de filtração glomerular $< 15 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ (VR $> 90 \text{ mL/min/1,73 m}^2$).

Quanto a esse caso clínico e aos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

90. Lesão renal e perda progressiva e irreversível da função renal, glomerular, tubular e endócrina caracterizam a doença renal crônica.
91. Hipertensão arterial e diabetes *mellitus* estão entre os principais responsáveis pela doença renal crônica.
92. A paciente tem perda de função dos rins com indicação de hemodiálise.
93. A paciente está em estágio 3 da função renal, ou seja, função renal terminal, dialítica.
94. O bom controle clínico com programa de promoção à saúde e prevenção primária, com modificação de comorbidades comuns, nesse estágio, reverteria o prognóstico e o desfecho da paciente.

Um paciente negro de 46 anos de idade com acantose *nigricans*, hipertenso, sedentário e com obesidade grau 3, com história familiar de doença cardiovascular e diabetes, comparece a consulta pois, em exame de laboratório para *check up*, apresentou glicemia de jejum = 286 mg/dL (VR $< 100 \text{ mg/dL}$) e triglicérides = 320 mg/dL (VR $< 150 \text{ mg/dL}$).

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

95. O paciente apresenta indícios clínicos e laboratoriais que falam a favor de diabetes tipo 2.
96. Indicadores antropométricos de resistência insulínica são circunferência da cintura, diâmetro abdominal sagital, relação cintura-altura e circunferência do pescoço.
97. Há boas evidências da indicação de teste ergométrico antes de um programa de exercícios físicos para esse paciente.
98. É correto prescrever para o paciente antidiabéticos, como sulfoniureias e glinidas, pois eles não interferem na secreção pancreática de insulina.
99. É correto prescrever a esse paciente metformina, que tem efeito anti-hiperglicemiante, reduzindo a produção hepática de glicose, além de ação sensibilizadora periférica, com bom benefício no caso descrito.
100. É indicada a esse paciente uma mudança de hábitos de vida, com controle de dislipidemia, e atenção à hipertrigliceridemia, que pode estar associada à etiologia de pancreatite aguda, nesses valores observados.

Uma paciente de 52 anos de idade, que faz uso de diuréticos tiazídicos para fins estéticos por conta própria, vem se queixando de adinamia, câimbras, hipotermia, náuseas e mal-estar. Durante os exames, descobre-se sódio sérico = 120 mEq/L (VR $135 = 145 \text{ mEq}$) e osmolalidade $> 200 \text{ mOsm/kg}$.

Considerando esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

101. Essa paciente necessita de infusão salina hipertônica, mesmo estando euvolêmica ou hipervolêmica.
102. A solução salina hipertônica deve ser acompanhada de furosemida, para evitar a expansão do volume extracelular.
103. O quadro não apresenta relação com o sódio infundido, sódio sérico e água corporal da paciente.
104. Esse pode ser um exemplo de hiperglicemia, com hipernatremia cursando com aumento da osmolalidade sérica.
105. Além dos diuréticos tiazídicos, medicamentos que podem causar hiponatremia são: antipsicóticos; antidepressivos tricíclicos, tetracíclicos e atípicos; estabilizadores do humor e anticonvulsivantes como carbamazepina, ácido valproico, gabapentina e lamotrigina; e benzodiazepínicos.
106. Não há necessidade de dosagem do sódio sérico, do sódio urinário e da glicemia. Pode-se já realizar o diagnóstico etiológico com outros exames.

Um paciente é admitido em pronto-socorro e encaminhado para UTI com quadro de miocardiopatia dilatada, doença renal crônica em terapia renal substitutiva, anasarca e dispneia incapacitante, com queda do estado geral há 30 dias. Também encontra-se icterício, com torpor e sinais de infecção e secreção purulenta pelo local de inserção do Shilley de hemodiálise. Aos exames: leucócitos = $33.000 \text{ mm}^3/\text{L}$ (VR 10.000 mm^3), segmentados = 78, com bastonetes = 10, e metamielócitos = 1; plaquetas = 111.000 mm^3 (VR $> 150.000 \text{ mm}^3$); ureia 88 mg/dL (VR $< 40 \text{ mg/dL}$); creatinina = $2,33 \text{ mg/dL}$ (VR = $1,40 \text{ mg/dL}$); bilirrubina total $4,10 \text{ mg/dL}$ (VR = $1,2 \text{ mg/dL}$); bilirrubina direta = $2,88 \text{ mg/dL}$ (VR = $0,20 \text{ mg/dL}$).

Acerca desse caso clínico e dos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

107. A icterícia ocorre em razão de uma hemólise maciça, com predomínio de bilirrubina conjugada, revelando acometimento hepático.
108. Insuficiência cardíaca, amiloidose e sarcoidose são exemplos de doenças sistêmicas que, além da sepse, podem cursar com hiperbilirrubinemia conjugada.
109. A terapia renal substitutiva deve ser interrompida nesse paciente até a estabilização do quadro.
110. No Brasil, nas síndromes ictericas, não se pode deixar de pensar em malária, leptospirose ou febre amarela.
111. Deve-se retirar o cateter Shilley, colher dois pares de hemoculturas, além de urocultura, e iniciar cobertura antibiótica o mais rápido possível, pensando em agente gram-positivo.
112. Deve-se realizar ressuscitação volêmica parcimoniosa, pela doença renal, podendo ser esse processo guiado por parâmetros clínicos, PVC e PAM.
113. Deve-se evitar uso de amins vasoativas, mesmo com choque refratário, optando por albumina, cujo uso tem mais embasamento científico.

Considere um paciente jovem de 24 anos de idade, internado na unidade de terapia intensiva por acidente motociclistico, com TCE grave, Glasgow 3, sem sedação, com suporte ventilatório mecânico e sem aminas vasoativas. E realizado US Doppler transcraniano com ausência de fluxo. Intensivista sugere manutenção de múltiplos órgãos do potencial doador adulto morto.

A respeito desse caso clínico, julgue os itens a seguir.

114. Caso a família assim deseje, deve-se respeitar a respectiva vontade e deixar o paciente ligado a aparelhos e com suportes, esperando a certeza de definição da morte.
115. A hora da morte que vai na declaração de óbito desse paciente é a mesma do exame que determinou a ausência de fluxo cerebral documentado.
116. Devem-se utilizar antibióticos, se houver necessidade, e informar à coordenação de transplante quanto à possibilidade de infecção.
117. Deve-se ventilar o potencial doador com pulmão normal com estratégia protetora, ajustando-se a FiO_2 para obter $PaO_2 > 90$ mmHg.
118. Deve-se monitorar a glicemia pelo menos a cada 6 horas, e nunca é preciso ajuste com insulina em bomba, sendo que os órgãos serão doados.
119. Deve-se administrar DDAVP 1-2 ug, preferencialmente endovenoso, para manter a diurese < 4 mL/kg/h.
120. Deve-se manter o sódio sérico entre 130 mEq e o 150 mEq, e pH do sangue arterial $> 7,2$.

Área livre

Área livre

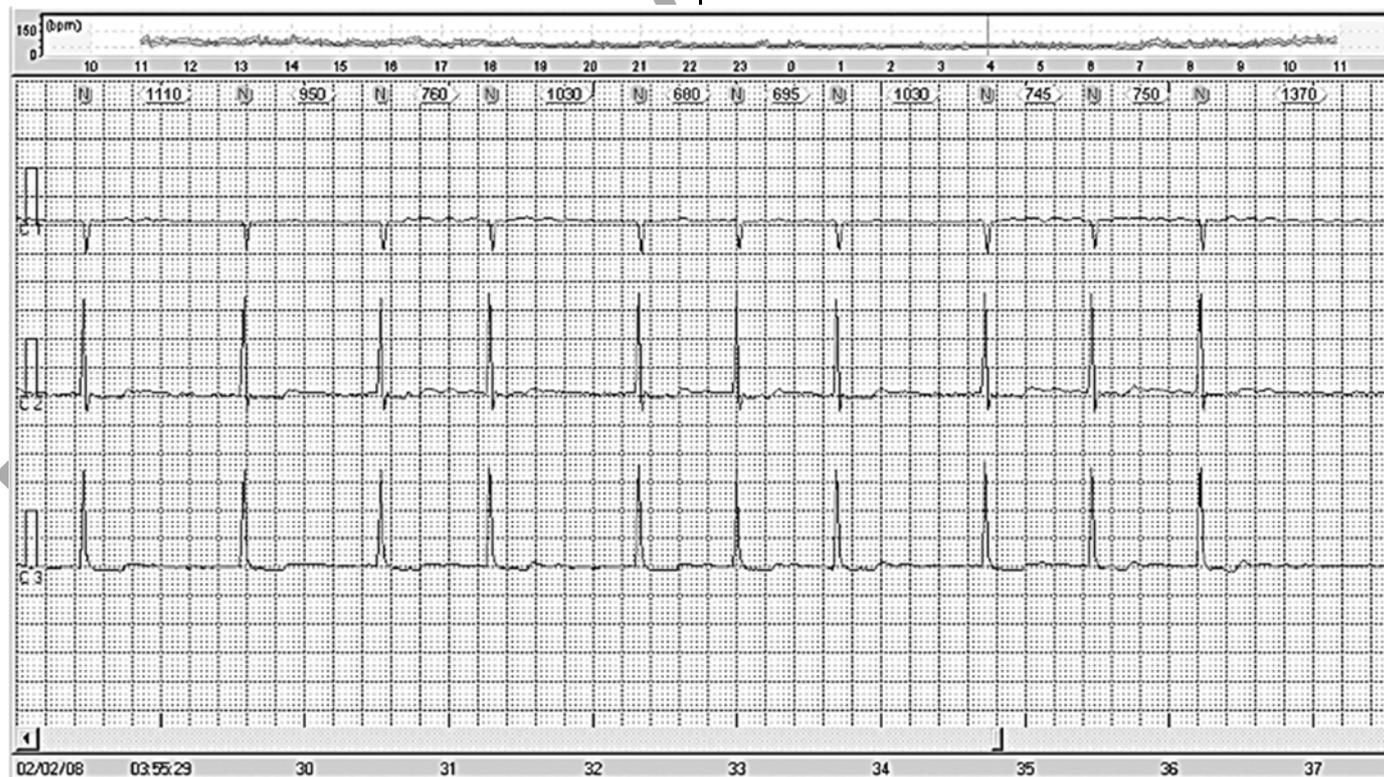


Figura ampliada dos itens de 42 a 48.