

CLÍNICA MÉDICA

- 01.** Qual dos exames abaixo falam a favor de doença autoimune?
- PCR e FAN
 - VHS e PCR
 - Fator reumatoide e VHS
 - FAN e Anti-DNA de dupla hélice.
- 02.** São exames com alta especificidade para Lúpus:
- Anticardiolipina e anticoagulante lúpico
 - Anti-Sm e Anti-DNA de dupla hélice
 - Anti-Ro e Fator reumatoide
 - Anti-La e Anti-CCP
- 03.** Paciente do sexo feminino, 35 anos, evoluindo há 06 meses com parestesias em bota e luva, perda de peso (5 Kg em 3 meses), febre, astenia e HAS de início recente, Presença de livedo reticular. No laboratório foi observado hemograma normal, elevação da ureia 60mg/dl e da creatinina 2,0 mg/dl. Tendo como possível diagnóstico uma vasculite. Qual o diagnóstico mais provável?
- Arterite temporal
 - Doença de Behçet
 - Poliarterite nodosa
 - Granulomatose eosinofílica com Poliangeite
- 04.** São vasculites associadas ao ANCA:
- Arterite de Kawasaki e poliangeite com granuloma
 - Poliangeite microscópica e Síndrome de Wegener
 - Arterite de células gigantes e poliangeite com granulomatose
 - Crioglobulinemia e Síndrome de Churg-Strauss
- 05.** Paciente do sexo feminino, 50 anos de idade, evoluindo há 5 meses com sinusite de difícil controle, estenose de traqueia, dispneia moderada, perda de peso (10 kg em 5meses), parestesia em mãos e pés, Rx de tórax com nódulos pulmonares cavitários, VHS e PCR elevados, C-ANCA positivo. Das opções abaixo qual o diagnóstico mais provável?
- Doença de Behçet
 - Arterite de células gigantes
 - Lúpus eritematoso sistêmico
 - Poliangeite granulomatosa
- 06.** Paciente jovem com crises recorrentes de irite, hipópico e fundo de olho normal, associados à presença de aftas na cavidade oral e ulceração na genitália. O diagnóstico mais provável é:
- Behçet
 - Reiter
 - PAN
 - Síndrome de Stevens Johnson

- 07.** Feminino, 34 anos, encaminhada ao endocrinologista devido quadro de galactorréia bilateral, amenorreia há 2 meses (ciclos menstruais regulares até então), diminuição de libido e ganho de peso. Traz exames laboratoriais mostrando: prolactina de 42,7ng/mL (VR 3,30 a 26,70ng/ml), TSH 5,0mUi/L (VR 0,5-4,5mUi/L), T4 livre 1,1ng/dL (VR 0,7-1,5ng/dL). Sobre hiperprolactinemia, assinale a alternativa incorreta:
- Diante desse achado de hiperprolactinemia, o passo seguinte é solicitar ressonância nuclear de sela túrcica para investigação de possível adenoma hipofisário, causas mais comum de hiperprolactinemia.
 - Hiperprolactinemia pode causar hipogonadismo hipogonadotrófico, por inibir a secreção do GnRH (hormônio liberador de gonadotrofinas) pelo hipotálamo, justificando o quadro de amenorréia da paciente.
 - Galactorréia é a manifestação mais característica da hiperprolactinemia, sendo observada tanto em mulheres quanto em homens. Nestes últimos, seu achado é quase patognomônico de prolactinoma.
 - Hipotireoidismo, seja clínico ou subclínico, pode provocar aumento dos níveis de prolactina.
- 08.** São causas de Síndrome de Cushing ACTH-dependente, **EXCETO**:
- Adenoma hipofisário
 - Carcinoma adrenocortical
 - Carcinoma pulmonar de pequenas células
 - Feocromocitoma
- 09.** Feminino, 67 anos, encaminhada do psiquiatra devido alterações em exames laboratoriais. Faz acompanhamento devido quadro de depressão, mas tem evoluindo com pouca melhora a terapêutica instituída. Apresenta exames laboratoriais com os seguintes resultados:

	23-06-2017	02-10-2017
TSH (VR 0,5-4,5mUi/L)	6,5	7,4
T4 livre (VR 0,7-1,5ng/dL)	1,0	0,82
Anti TPO (VR < 15U/mL)		2,3

Ultrassonografia de tireóide evidenciando glândula tópica, com ecotextura homogênea. Apresenta, em lobo direito, nódulo isoecóico de 0,8cm. Volume total 6,5cm³ (VR 5-15cm³)

Qual a conduta indicada neste caso?

- Iniciar terapia com levotiroxina, devido idade do paciente e quadro depressivo associado.
- Fazer prova terapêutica com levotiroxina por 3 meses para avaliar benefício da manutenção do tratamento.
- Não iniciar tratamento com levotiroxina, e manter apenas observação.
- Solicitar primeiramente cintilografia para avaliar nódulo tireoidiano e, então, definir pelo início de uso da levotiroxina.

10. Correlacione e marque a alternativa CORRETA:

- A- Sulfoniluréias
- B- Biguanidas
- C- Glitazonas
- D- Gliptinas
- E- Glifozinas

- () Devido seu mecanismo de ação intracelular, seu efeito terapêutico pleno pode demorar até 12 semanas para se manifestar.
- () Estudos com esta medicação demonstraram redução de mortalidade geral e de mortalidade cardiovascular, além de redução significativa no risco de progressão para macroalbuminúria.
- () Entre seus efeitos colaterais indesejáveis destacam-se o risco de hipoglicemia e o ganho de peso.
- () Atuam estimulando o sistema incretínico, inibindo a metabolização de GLP-1 e GIP pela enzima DPP-4.
- () Efeito colateral mais temido é a acidose láctica.

- a) E-D-A-B-C
- b) D-E-A-C-B
- c) C-E-A-D-B
- d) C-D-E-A-B

11. De acordo com a última atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemia (2017), em relação ao perfil lipídico, este paciente seria classificado com qual nível de risco e qual seria sua meta LDL-c, após instituída a terapêutica com estatina?

- a) Alto risco / LDL-c < 70
- b) Alto risco / LDL-c < 100
- c) Muito alto risco / LDL-c < 50
- d) Risco intermediário / LDL-c < 100

12. Seu paciente desenvolve neutropenia febril após ciclo de quimioterapia e você resolve prescrever cefepime. Que dose você prescreve?

- a) 2 g IV de 8/8 h
- b) 2 g IV 12/12 h
- c) Cálculo a dose pela superfície corporal
- d) Cálculo a dose pelo peso, altura e clearance da creatinina

13. Um paciente com leucemia mielóide aguda recém diagnosticada é admitido para terapia de indução de remissão e apresenta dispneia. A leucometria é de 125.000/mm³ e a contagem de plaquetas 8.000/mm³. Uma tomografia de tórax mostra infiltrado alveolar difuso e derrame pleural bilateral. Que diagnóstico é menos provável?

- a) Infiltração leucêmica dos pulmões.
- b) Aspergilose pulmonar invasiva.
- c) Pneumonia bacteriana.
- d) Hemorragia pulmonar.

14. Um paciente com neutropenia febril após tratamento quimioterápico por doença onco-hematológica está no 4º dia de cefepima e a contagem de neutrófilos é 1.200/mm³. As hemoculturas foram negativas e ele está afebril. O que você faz?

- a) Suspendo o antibiótico imediatamente.
- b) Mantenho cefepima por mais 3 dias, até completar 1 semana de tratamento.
- c) Troco para ciprofloxacina até completar 10 dias.
- d) Mantenho cefepima por mais 2 dias após a recuperação medular.

15. Um paciente com leucemia linfóide aguda em recaída está no 9º dia de neutropenia febril e se queixa de mialgias intensas. No exame físico você nota o aparecimento de 3 nódulos eritematosos no tronco. Qual é o diagnóstico mais provável?

- a) Fusariose invasiva.
- b) Aspergilose invasiva.
- c) Candidíase disseminada crônica.
- d) Infecção por Pseudomonas aeruginosa.

16. Sobre a Anemia Falciforme está INCORRETO:

- a) Em geral o diagnóstico é firmado na infância, dado as alterações clínicas precoces.
- b) Existe uma condição clínica na qual o indivíduo é apenas portador, cujos níveis de hemoglobina são próximos do normal, sem sintomas relevantes.
- c) O diagnóstico precoce e o acompanhamento médico rigoroso poderão prevenir complicações tardias da doença como sobrecarga de ferro, lesões ósseas, AVCs.
- d) O mielograma deve ser realizado o mais precocemente possível para afastar outras patologias de etiologia neoplásica, que muitas vezes confundem o diagnóstico.

17. Paciente feminino de 65 anos, do lar. Deu entrada em serviço de emergência com queixa principal de febre e tosse. A mesma relata que há 7 dias apresenta tosse com expectoração esverdeada, dor torácica em hemitórax direito, astenia, febre e dispnéia aos esforços. Nos 2 primeiros dias apresentou também calafrios. De antecedentes tem hipertensão em uso de losartan. Fez 2 cesarianas e nega alérgias. Foi tabagista 20 maços/ano e etilista de fermentados nos finais de semana. Na história familiar – pai falecido de causa desconhecida. Mãe hipertensa e diabética. Irmã teve tuberculose tratada há 1 ano. Ao exame: consciente, orientada, acianótica, em regular estado geral. A ausculta pulmonar apresenta estertores crepitantes em 1/3 médio de hemitórax direito, demais campos pulmonares com murmúrio vesicular fisiológico. Frequência respiratória de 24 irpm. Ausculta cardíaca com ritmo cardíaco regular em 2 tempos e bulhas normofonéticas sem sopros. Pressão arterial de

100x50mmHg. Realizou os seguintes exames complementares: Leuco – 15400/mm³ (segmentados 85% - bastões 2% - linfócitos 13%); Creatinina – 1,2; Uréia – 60. Radiografia de tórax evidenciava consolidação com broncograma aéreo em topografia de lobo médio. Assinale a alternativa **CORRETA** quanto ao diagnóstico e conduta para o caso relatado:

- a) Tuberculose. Solicitar BAAR de escarro e iniciar Coxip.
- b) Pneumonia adquirida na comunidade. Internação hospitalar. Quinolona respiratória isoladamente.
- c) Pneumonia adquirida na comunidade. Tratamento ambulatorial. Beta-lactâmico + inibidor de beta-lactamase isoladamente.
- d) Pneumonia nosocomial. Internação hospitalar. Beta-lactâmico associado a macrolídeo.

18. Paciente masculino 60 anos, aposentado. Procurou serviço de pronto atendimento com queixa principal de falta de ar e escarro com sangue. Informa que há 3 meses apresenta intensificação de tosse com expectoração esbranquiçada, dispneia aos médios esforços, astenia e perda de peso de aproximadamente 7kg. Há 1 semana apresentou 2 episódios de hemoptise. Nega febre. Antecedentes: nega cirurgias. Relata hipertensão em uso de enalapril. Foi tabagista com carga estimada em 40 maços/ano e etilista de fermentados nos finais de semana. Ao exame: consciente, orientado, acianótico. No exame do aparelho respiratório apresenta murmúrio vesicular e frêmito toraco-vocal abolidos em hemitórax esquerdo, percussão maciça e expansibilidade pulmonar reduzida em hemitórax esquerdo. Frequência respiratória – 22 irpm. Realizou radiografia de tórax que evidenciou opacidade homogênea em hemitórax esquerdo com desvio do mediastino ipsilateral e redução dos espaços intercostais. Assinale a alternativa correta quanto ao diagnóstico e a conduta para esclarecimento etiológico:

- a) Atelectasia. Realização de broncoscopia.
- b) Atelectasia. Realização de mediastinoscopia.
- c) Derrame pleural. Realização de toracotomia.
- d) Derrame pleural. Realização de toracocentese e biópsia de pleura com agulha de Cope.

19. Paciente em tratamento para tuberculose pulmonar há 3 semanas com coxip. Há 4 dias evoluiu com dor abdominal, náuseas, vômitos e há 2 dias surgiu icterícia. Tem TGO 400 e TGP 450. Assinale a alternativa correta quanto a provável hipótese diagnóstica e conduta para o caso acima:

- a) Hepatite medicamentosa. Manutenção do coxip com redução da dosagem utilizada.
- b) Hepatite medicamentosa. Suspender o coxip e iniciar estreptomicina associada a etambutol.
- c) Intolerância a medicação. Manter coxip e prescrever sintomáticos (anti-emético).
- d) Hepatite medicamentosa. Suspender o coxip.

20. Paciente feminino 65 anos, aposentada. Deu entrada no pronto atendimento com queixa principal de falta de ar e cansaço. Informa que há 3 anos apresenta dispnéia aos esforços, principalmente aos grandes e médios esforços, acompanhada de tosse com expectoração geralmente esbranquiçada, além de sibilância. Já faz uso regular de tiotrópico e eventualmente de nebulização (NBZ) com fenoterol e ipatrópio para alívio. Há 5 dias apresentou piora da dispnéia, aumento da expectoração e mudança da cor do catarro (atualmente amarelado). Nega febre. Antecedentes: nega cirurgias. Relata hipertensão em uso de losartan. Foi tabagista com carga estimada em 40 maços/ano. Etilista de fermentados nos finais de semana. Ao exame: consciente e orientada. O aparelho respiratório apresenta tórax em tonel. A ausculta pulmonar com murmúrio vesicular diminuído difusamente com sibilos e ronos. Expansibilidade pulmonar reduzida em ambos os hemitóraces. Frequência respiratória – 24 irpm. Saturação de O₂ em ar ambiente de 88%. Realizou radiografia de tórax que evidenciou coração “em gota”, alargamento dos espaços intercostais e retificação de cúpulas diafragmáticas. Assinale a alternativa correta quanto ao diagnóstico e conduta para o caso acima:

- a) DPOC exacerbado. Prescrever corticóide inalatório; antibiótico, NBZ com medicação broncodilatadora de ação rápida e suplementar oxigênio.
- b) DPOC exacerbado. Prescrever corticóide sistêmico (oral ou parenteral); antibiótico, NBZ com medicação broncodilatadora de ação rápida e não suplementar oxigênio.
- c) DPOC exacerbado. Prescrever corticóide sistêmico (oral ou parenteral); antibiótico, NBZ com medicação broncodilatadora de ação rápida e suplementar oxigênio.
- d) Pneumonia adquirida na comunidade. Prescrever beta-lactâmico associado a macrolídeo e suplementar oxigênio.

21. Paciente masculino de 16 anos com episódios intermitentes de dispnéia, dor torácica, tosse e sibilância há mais de 2 anos. Informa ida periódica a serviços de urgência com melhora dos sintomas com uso de medicação inalatória broncodilatadora de ação rápida. Realizou radiografia de tórax que não evidenciou alterações e trouxe espirometria com os seguintes parâmetros. Assinale a alternativa correta quanto ao diagnóstico e ao laudo da espirometria.

	Observada	Pós-broncodilatador
CVF	2,65 (80% do previsto)	2,88
VEF1	1,72 (72% do previsto)	2,02
VEF1/CVF (%)	65	70
FEF25-75 (L/s)	0,7 (21% do previsto)	

- a) Asma. Distúrbio ventilatório obstrutivo leve
- b) Asma. Distúrbio ventilatório obstrutivo moderado
- c) Asma. Distúrbio ventilatório obstrutivo acentuado
- d) Pneumopatia intersticial. Distúrbio ventilatório restritivo moderado

22. Quanto ao papel do dímero-D na embolia pulmonar assinale a alternativa **CORRETA**:
- Serve para controle da efetividade da medicação anticoagulante.
 - Tem valor preditivo negativo, isto é, em caso suspeito, com valor dentro da normalidade, afasta a possibilidade de embolia.
 - Tem valor preditivo positivo, isto é, em caso suspeito, com valor alterado (acima do normal), confirma o diagnóstico de embolia.
 - Independente do valor obtido a presença de dímero-D confirma o diagnóstico de embolia.
23. Na fase aguda da febre reumática o sopro cardíaco auscultado frequentemente, pode ser causado por:
- Insuficiência tricúspide
 - Insuficiência pulmonar
 - Insuficiência mitral
 - Estenose aórtica
24. Um paciente com sopro apical mesodiastólico e telesistólico que ocorre com valva mitral normal. Qual o nome deste sopro e a patologia que o ocasiona respectivamente?
- Carey Coombs e insuficiência aórtica
 - Austin Flint e insuficiência aórtica
 - Graham still e estenose mitral
 - Carey Coombs e estenose mitral
25. O coração pode ser fonte emboligênica em alguns casos de acidente vascular cerebral. Qual das alternativas é fonte de embolia paradoxal?
- Aneurisma do septo interatrial
 - Contraste espontâneo no VE
 - Apêndice atrial esquerda
 - Forame oval patente
26. Marque a opção verdadeira em relação ao diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.
- A pressão sistólica entre membros superiores pode variar de 20mmHg na pressão sistólica e 10mmHg na pressão diastólica em pacientes normais
 - Se paciente é tabagista, deve esperar 30 min para aferição da Pressão arterial
 - A largura da bolsa de borracha para correta aferição da Pressão arterial deve envolver 40% da circunferência do braço por 80% de comprimento.
- Assinale a alternativa correta.
- Somente a afirmativa I está correta.
 - Somente as afirmativas I e II estão corretas.
 - Somente as afirmativas I e III estão corretas.
 - Todas as afirmativas estão corretas.
27. Na avaliação de Insuficiência cardíaca aguda (ICA), dois critérios são de grande importância no diagnóstico desta síndrome. Quais são estes critérios?
- Críterios de Boston e de Framingham
 - Críterios de Goldman e de Jones
 - Críterios de Jones e de Brugada
 - Críterios de Boston e de Jones
28. Paciente de 72 anos, sexo masculino e diabético apresenta há 3 meses dispneia progressiva para pequenos esforços e edema de membros inferiores. No exame físico: Lucido orientado, boa perfusão capilar periférica, crepantes nas bases pulmonares, B3, P2>A2, PA 90 x 50mmHg e FC 100bpm sendo diagnosticado como insuficiência cardíaca descompensada. Qual o perfil clínico hemodinâmico neste caso?
- Perfil A
 - Perfil B
 - Perfil C
 - Perfil L
29. Quais os betabloqueadores com benefícios aprovados na insuficiência cardíaca?
- Bisoprolol, carvedilol e succinato de metoprolol
 - Bisoprolol, atenolol e tartarato de metoprolol
 - Nebivolol, propranolol e carvedilol
 - Nebivolol, atenolol e carvedilol
30. Paciente vítima de traumatismo agudo, na história médica e exame físico neurológico apresentava: No lado da lesão foi observado monoplegia crural com perda da propriocepção (cinético-postural e vibratória). No lado oposto apresentava perda da sensibilidade superficial (dolorosa e térmica). Este quadro clínico neurológico é compatível com:
- Paraparesia espástica tropical
 - Síndrome de Brown-Sequard
 - Sequela de poliomielite
 - Polineuropatia
31. A demência primária implica mecanismos de natureza neurodegenerativa, mecanismos ligados à morte celular (apoptose). O depósito de substâncias anormais (substância β -amiloide e proteína Tau) e depósitos de α -sinucleína no cérebro de pacientes acometidos ocorrem respectivamente em quais situações abaixo:
- Doença de Alzheimer e Doença de Parkinson
 - Demência Vascular e Doença de Alzheimer
 - Doença de Huntington e Demência com corpos de Lewy
 - Doença de Huntington e Paralisia Supranuclear Progressiva
32. Adolescente previamente saudável começou a apresentar "abalos musculares rápidos, como tremores, "saltos", ou "pulos" de aspecto

- involuntário, durante estes movimentos o paciente apresentava a consciência preservada, as crises se apresentavam geralmente ao acordar, muitas vezes precipitadas por privação do sono ou estresse. A mãe relatou que apresentou uma crise generalizada do tipo tônico-clônica, com perda da consciência abalos musculares e liberação dos esfíncteres. Um EEG foi realizado e confirmou a suspeita clínica do médico. Qual dos itens abaixo é o mais provável diagnóstico?
- Tiques motores
 - Tremor essencial
 - Epilepsia mioclônica Juvenil
 - Coreia reumática de Sydenham
33. Paciente do sexo masculino com cefaleia crônica relatou que sua crise se caracteriza por dor muito intensa, extrema, excruciante, em apenas um dos lados da cabeça. A crise não é acompanhada por náuseas ou vômitos, porém, a narina do lado da dor escorre (coriza) e entope (congestão nasal). A pálpebra do lado da dor cai, deixando o olho semifechado. Em relação a cefaleia primária. Pergunta-se qual o tempo de duração de uma crise de cefaleia em Salva?
- Duração de alguns segundos
 - 15 a 180 minutos
 - 4-72 horas
 - 30 minutos a 7 dias
34. Após um quadro viral um paciente de 30 anos começou a apresentar dor leve nos membros inferiores seguida por fraqueza progressiva de distribuição simétrica e distal que evoluiu com perda dos movimentos de maneira ascendente com flacidez dos músculos. Perda dos reflexos profundos bilateral e simétrico a partir dos primeiros dias. Apresentou paralisia facial periférica bilateral. O nível de consciência não foi comprometido, estava afebril, porém devido ao desconforto respiratório foi internado em unidade de terapia intensiva. Marque a alternativa **CORRETA** abaixo:
- Trata-se de Síndrome de Guillain-Barré e a dissociação albumino-citológica no liquor ocorreria desde o primeiro dia da doença.
 - Trata-se de Síndrome de Guillain-Barré e a dissociação albumino-citológica no liquor ocorreria a partir da 4ª semana.
 - Trata-se de paralisia periódica hipocalêmica e não há necessidade de avaliar o liquor.
 - Trata-se de Síndrome de Guillain-Barré e a dissociação albumino-citológica no liquor ocorreria provavelmente na segunda semana.
35. Qual doença ocorre por erro inato do metabolismo dos glicoesfingolípídios, ligada ao cromossomo x, e que, clinicamente, apresenta-se por telangiectasias cutâneas, hipo-hidrose, opacidade da córnea e lenticula, dores, parestesias, febre, alterações renais, cardíacas, gastrointestinais e cerebral?
- Doença da membrana basal fina
 - Doença de Barraquer- Simons
 - Doença de Fabry
 - Amiloidose familiar
36. Um paciente de 65 anos com diagnóstico de diabetes mellitus, doença vascular aterosclerótica, hipertensão e doença renal diabética foi encaminhado ao ambulatório de nefrologia para um parecer sobre a realização de uma angiografia coronariana com o uso de contraste iodado. O paciente está clinicamente bem e seu clearance de creatinina é 23ml/min. Com o intuito de minimizar a toxicidade renal pelo contraste, qual recomendação deve ser indicada?
- Ofertar solução salina a 0,9%, 1ml/kg/h, iniciando de 6 a 12horas antes do procedimento, durante o mesmo e manter até de 6 a 12horas após o procedimento.
 - Iniciar um IECA visando proteger a função renal.
 - Ofertar água via oral nas 24h antes do procedimento.
 - Um diurético de alça deve ser prescrito para manter boa diurese e eliminar o contraste.
37. Na injúria renal aguda, estágio 3, qual das condições abaixo **NÃO** caracteriza:
- Necessidade de diálise.
 - Creatinina sérica 3 vezes o valor basal.
 - Aumento da creatinina sérica para concentrações maiores.
 - Decréscimo da taxa de filtração glomerular estimada para valores abaixo de $45\text{ml/min}/1.73\text{m}^2$, em pacientes com idade inferior a 18 anos.
38. O tumor renal mais frequente é o:
- Carcinoma papilífero
 - Tumor de ductos coletores
 - Carcinoma de células claras
 - Carcinoma renal cromóforo
39. Atualmente vivemos uma nova era de tratamento para hepatite C, pois dispomos de drogas que possuem poucos efeitos colaterais e significativas taxas de resposta virológica sustenta após o tratamento, porém ainda existem fatores que são preditivos de falha durante o tratamento. Assinale o item que não é fator de má resposta ao tratamento para hepatite C.
- Genótipo 1a
 - Genótipo 2
 - Genótipo 3
 - Cirrose hepática

40. Paciente com cirrose hepática por álcool, Child-Pugh A e sem comorbidades, chega ao ambulatório com ultrassonografia de abdome apresentando um nódulo irregular medindo 3,0cm, em seu maior eixo, no seguimento VIII. Foi realizada tomografia de abdome com contraste dinâmico que evidenciou padrão de “wash out” no nódulo. Não se observam sinais de invasão vascular ou linfonodos. Estudos de estadiamento não apresentaram evidências de metástases. Qual a conduta mais adequada?

- a) Encaminhar para quimioembolização arterial
- b) Encaminhar para hepatectomia parcial
- c) Encaminhar para transplante hepática
- d) Iniciar tratamento com sorafenib

41. Um paciente de 35 anos de idade, advogado, previamente hígido, foi atendido no serviço de endoscopia de urgência por disfagia aguda devido a impactação de carne. Qual o diagnóstico mais provável?

- a) Esôfago em quebra-nozes
- b) Esofagite eosinofílica
- c) Acalasia chagásica
- d) Estenose péptica

42. Sobre a doença inflamatória intestinal, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) Os pacientes com doença inflamatória intestinal possuem o mesmo risco de desenvolver câncer de intestino que a população geral.
- b) O adalimumabe é considerado uma droga de indução de remissão rápida para o tratamento de doença de crohn.
- c) Paciente com Recolite ulcerativa idiopática possuem risco de desenvolver Colangite esclerosante primária.
- d) Paciente com Doença de Crohn não apresentam risco de desenvolver Colangite esclerosante primária.

43. Vários helmintos apresentam no seu ciclo vital passagem de larvas através do sistema respiratório do hospedeiro, com a migração destas dos capilares pulmonares para os alvéolos. Essa ocorrência promove uma irritação local que se apresenta como um quadro clínico conhecido por síndrome de Löeffler. Todos possuem síndrome de Löeffler em seu ciclo, **EXCETO**:

- a) *Trichures trichira*
- b) *Necator americanus*
- c) *Ancylostoma duodenale*
- d) *Strongyloides stercoralis*

44. Paciente sexo feminino, com 1 metro e 75 cm de altura sob ventilação mecânica no modo Ventilação Volume Controlado (VCV).

Os parâmetros ajustados são: Volume corrente de 6 ml/Kg de peso predito, frequência respiratória ajustada e total de 16 irrm, fluxo inspiratório quadrado de 60 l/min, peep de 5 cmH2O.

Ao aplicar uma pausa inspiratória de 2 segundos, observa-se uma pressão de pico de 35 cmH2O e pressão de plato de 15 cmH2O

Com base nos dados acima, assinale a resposta **CORRETA**:

- a) O volume corrente é de 413 ml, a complacência estática e a resistência são respectivamente 41,6ml/cmH2O e 20 cmH2O//s.
- b) O volume corrente é de 396 ml, a complacência estática e a pressão resistiva são respectivamente 39,6ml/cmH2O e 10 cmH2O//s.
- c) O volume corrente é de 413ml, a complacência estática e a resistência são respectivamente 41,6 ml/cmH2O e 20 cmH2O//s.
- d) O volume corrente é de 396 ml, a complacência estática e a resistência são respectivamente 39,6 ml/cmH2O e 20 cm H2O//s.

45. Com relação ao empiema pleural , as infecções respiratórias do trato respiratório inferior são responsáveis pela maioria dos casos. O tratamento deve ser direcionado ao controle do processo infeccioso com antibioticoterapia e drenagem da coleção pleural.

Nos casos de empiema proveniente da pneumonia comunitária o agente mais encontrado é:

- a) *Streptococcus pneumoniae*
- b) *M. catarrhalis*
- c) *H. Influenzae*
- d) Clamídias

46. Na estratificação de risco de pacientes com hemorragia digestiva baixa, alguns parâmetros clínicos no momento da triagem inicial são reconhecidamente fatores de pior prognóstico, sendo considerados indicativos de internação hospitalar. Assinale, entre as alternativas abaixo, aquela que não contempla situação de pior prognóstico neste cenário:

- a) Uso de AAS ou AINES
- b) Instabilidade hemodinâmica
- c) Necessidade de hemotransfusão
- d) Ausência de comorbidade renal e hepática

47. Durante o atendimento ao paciente vítima de parada cardiorrespiratória uma equipe, com o atendimento em curso realizando o suporte básico, aplica o primeiro choque e 2 minutos de RCP. Neste exato momento, ao assumir a liderança, qual o próximo passo que você indica?

- a) Checar o ritmo
- b) Checar o pulso
- c) Protocolo da linha reta
- d) Aplicar 1 mg de adrenalina Subcutâneo

48. Quando estamos examinando o paciente através do ultrassom pulmonar e encontramos os seguintes sinais: sinal da água-viva, sinal sinusoidal e sinal do plancton, estamos diante de:
- a) Atelectasia
 - b) Pneumonia
 - c) Pneumotórax
 - d) Derrame pleural
49. Entre as emergências no diabetes a cetoacidose diabética (CAD) está entre as mais frequentes. Levando em consideração parâmetros laboratoriais, a CAD é classificada em leve, moderada e grave. Escolha entre as alternativas abaixo as características da CAD grave:
- a) Glicemia > 300 , pH < 7.1, bicarbonato < 10 , corpos cetônicos +++
 - b) Glicemia > 250, pH < 7.0, bicarbonato < 12 , corpos cetônicos +++
 - c) Glicemia > 250, pH < 7.0 , bicarbonato < 10 e corpos cetônicos urinários +++
 - d) Glicemia > 250, pH < 7.1, bicarbonato < 12 , corpos cetônicos +++
50. A trombocitopenia imune é a nova nomenclatura da púrpura trombocitopênica imune, pois a apresentação clínica nem sempre se dá com a presença de púrpura. Com relação à Trombocitopenia imune, assinale a alternativa **CORRETA**:
- a) Para os pacientes em que falhou a terapia com corticoides, a esplenectomia não é recomendada.
 - b) Os agonistas do receptor de trombopoietina podem ser indicados para os pacientes que têm risco de sangramento antes da esplenectomia.
 - c) O diagnóstico é de exclusão, necessitando uma boa história clínica e exame físico, solicitando hemograma completo e esfregaço de sangue periférico para excluir outras causas.
 - d) Pacientes que apresentam plaquetas de 30.000/mm³, com sangramento, não são indicados para tratamento e geralmente têm boa evolução.