

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO
PROCESSO SELETIVO PARA PÓS-GRADUAÇÃO
***Lato Sensu* –RESIDÊNCIA MÉDICA**



ATENÇÃO: Escreva no espaço indicado na sua FOLHA DE RESPOSTAS com sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Medicina é a arte de compartilhar a vida.

01/12/2019

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:

ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA



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

01 de dezembro de 2019

ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA

GABARITO DO CANDIDATO

| | | | |
|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 01 - | 11 - | 21 - | 31 - |
| 02 - | 12 - | 22 - | 32 - |
| 03 - | 13 - | 23 - | 33 - |
| 04 - | 14 - | 24 - | 34 - |
| 05 - | 15 - | 25 - | 35 - |
| 06 - | 16 - | 26 - | 36 - |
| 07 - | 17 - | 27 - | 37 - |
| 08 - | 18 - | 28 - | 38 - |
| 09 - | 19 - | 29 - | 39 - |
| 10 - | 20 - | 30 - | 40 - |

ENDOCRINOLOGIA

01 Paciente de 30 anos, com diagnóstico de hipotireoidismo primário está em uso de 112 mcg/dia de levotiroxina, apresentando controle adequado. Procurou seu médico para avaliação devido a gestação de 7 semanas. A melhor conduta neste caso é:

- a) Associar beta bloqueador.
- b) Reduzir a dose de levotiroxina para 75mcg e dosar os hormônios tireoidianos em 1 mês.
- c) Manter a dose de levotiroxina, pois está com bom controle.
- d) Aumentar a dose de levotiroxina para 150 mcg.
- e) Suplementar iodo na forma de Lugol (5 gts/dia).

02 Paciente de 45 anos, sexo masculino apresentando TSH $< 0,1\mu\text{U/mL}$ e a ultrassonografia de tireoide mostra nódulo tireoidiano de 1,5 cm. A próxima conduta mais adequada para este caso será:

- a) Prescrever metimazol 20mg e propranolol 120mg/ dia.
- b) Tratamento com 30 mCi de radioiodo.
- c) Punção por aspiração por agulha fina do nódulo guiada por ultrassonografia.
- d) Solicitar cintilografia da tireoide com radioiodo para avaliar a captação do nódulo e da tireoide.
- e) Encaminhar para o cirurgião de cabeça e pescoço para realização de nodulectomia.

03 O *diabetes mellitus* (DM) destaca-se, atualmente, como uma importante causa de morbidade e mortalidade. Estimativas globais indicam que 382 milhões de pessoas vivem com DM, e esse número poderá chegar a 592 milhões em 2035. Em relação ao tratamento do DM tipo 2, é correto afirmar que a:

- a) Pioglitazona é um agonista PPAR- γ que melhora a glicemia pós-prandial, pois aumentam a secreção de insulina e do glucagon.
- b) Metformina tem um efeito no fígado, diminuindo a gliconeogênese, e uma ação no tecido muscular esquelético melhorando a ação da insulina.
- c) Gliclazida tem um excelente efeito, não só restaurando a produção de insulina, mas também melhorando a ação desta no tecido muscular esquelético.
- d) Liraglutida é um inibidor da enzima DPP-4, que eleva os níveis de GLP-1 (Glucagon Like Peptide-1) e com isso melhora em muito o controle da glicemia pós-prandial.
- e) Sitagliptina restaura os níveis de GLP-1 (Glucagon Like Peptide-1) e aumentam os do glucagon.

04 O feocromocitoma é causa de hipertensão arterial secundária. Quanto a essa doença, pode-se afirmar:

- a) A tríade clássica (cefaleia intensa, palpitações e sudorese) pode não está presente.
- b) O tratamento é cirúrgico, e o paciente deve ser preparado para a cirurgia inicialmente com betabloqueadores.
- c) Em 10% das vezes são tumores adrenais unilaterais.
- d) Pode ser esporádico ou associado à neoplasia endócrina múltipla (NEM) tipo 1A.
- e) É uma doença indolente, sempre benigna e curável.

05 Considerando a terapêutica medicamentosa para pacientes diabéticos tipo 2 com doença cardiovascular, a respeito dos agonistas do GLP-1 (AGLP-1) e dos inibidores de SGLT2 (ISGLT2), é correto afirmar que:

- a) A presença de insuficiência cardíaca contraindica ISGLT2.
- b) A presença de insuficiência cardíaca contraindica o AGLP-1 enquanto classe.
- c) Há comprovação do aumento de eventos cardiovasculares com AGLP-1 e ISGLT2 para qualquer HbA1c.
- d) Estudos com ambas as classes de medicamentos definiram a substituição da metformina como primeira escolha.
- e) Se presença de insuficiência cardíaca os ISGLT2 devem ser priorizados.

06 A Cetoacidose diabética (CAD) e o Estado hiperosmolar hiperglicêmico (EHH) constituem emergências hiperglicêmicas agudas do *diabetes mellitus*. Sobre estas patologias, pode-se afirmar:

- a) O EHH é caracterizado por glicemia elevada, cetonemia leve e acidose metabólica com ânion GAP elevado.
- b) Observa-se na CAD a ação ineficaz da insulina.
- c) Na CAD encontra-se redução da gliconeogênese e da glicogenólise.
- d) Os principais fatores precipitantes, tanto na CAD, como no EHH, são falta de insulina e infecções.
- e) A classificação da CAD em leve, moderada e grave se baseia nos níveis glicêmicos.

07 Paciente de 42 anos, masculino, com histórico de alcoolismo e hipertrigliceridemia familiar, qual deve ser o principal foco do tratamento?

- a) Estatina de alta potência para reduzir triglicerídeos e aumentar HDL.
- b) Reduzir dos níveis de colesterol não-HDL.
- c) Reduzir do risco de pancreatite.
- d) Preferir ezetimiba devido ao risco de toxicidade do uso de niacina.
- e) Reduzir de níveis de VLDL.

08 A análise bioquímica da urina pode ser útil para distinguir a Insuficiência Renal Aguda (IRA) de etiologia pré-renal da etiologia intrínseca. Das situações a seguir, a que geralmente apresenta níveis de excreção de sódio aumentado (>20 mEq/L) sugerindo lesão renal intrínseca é:

- a) Rabdomiólise.
- b) Desidratação.
- c) Hemorragia.
- d) Hiperplasia prostática benigna.
- e) Insuficiência cardíaca congestiva.

09 Em relação ao tratamento da insuficiência cardíaca, pode-se afirmar:

- a) Atenolol, losartana e digoxina são medicações fundamentais para melhora da morbidade e mortalidade em pacientes com insuficiência cardíaca.
- b) A furosemida pode ser utilizada para controle do edema e melhora da sobrevida de pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida.
- c) A valsartana isoladamente melhora a sintomatologia de pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida.
- d) O uso de beta bloqueadores, como carvedilol ou bisoprolol, melhora os sintomas, mas não impacta na sobrevida do paciente.
- e) A associação valsartana-sacubitril melhora a sobrevida de pacientes portadores de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida.

10 Paciente do sexo feminino, 56 anos de idade apresentando massa cervical na região anterior do pescoço com crescimento rápido, rouquidão e presença de linfadenopatia cervical. A ultrassonografia mostra tumoração de glândula tireoideana com invasão de traqueia. Apresenta Radiografia de tórax com evidências de metástases pulmonares. O diagnóstico mais provável é:

- a) Carcinoma folicular.
- b) Carcinoma de células de Hurtle.
- c) Carcinoma anaplásico.
- d) Carcinoma medular.
- e) Carcinoma papilífero.

11 Paciente 75 anos, hipertenso e diabético de longa data, vem à consulta de rotina, sem queixas. Ao exame físico apresenta PA 128 x 85 mmHg, aparelho respiratório sem alterações, ritmo cardíaco regular, frequência cardíaca de 68 bpm. Está em uso de AAS 100 mg/dia, metformina 1 g - 2 vezes ao dia, insulina NPH 10 unidades em jejum e 06 unidades às 22h, atenolol 25 mg -2 vezes ao dia, losartana 50 mg/dia. Traz hemograma sem alterações, glicemia de jejum 124 mg/dL, hemoglobina glicada 7,2%, ureia 78 mg/dL, creatinina 2,2 mg/dL, sódio 136 mEq/L e potássio 4,2 mEq/L. Neste caso, qual dessas drogas está formalmente contraindicada e por quê?

- a) Insulina, devido ao risco de hipoglicemia.
- b) Metformina, devido ao risco de acidose láctica.
- c) AAS, devido ao risco de úlcera duodenal.
- d) Atenolol, devido ao risco de bradicardia.
- e) Losartana, devido ao risco de hipercalcemia.

12 Paciente do sexo feminino, 34 anos de idade, com antecedente de SIDA. Apresentando contagem de linfócitos TCD4 menor que 100, procura um serviço de saúde com quadro de tosse produtiva e expectoração amarelada associada a febre há 3 dias. Assinale a alternativa correta em relação ao agente etiológico esperado e a conduta terapêutica.

- a) Infecção fúngica; tratamento com sulfametoxazol e trimetoprim.
- b) Infecção viral; tratamento com oseltamivir.
- c) Infecção bacteriana; tratamento com ceftriaxona e claritromicina.
- d) Infecção viral; tratamento com sintomáticos.
- e) Infecção bacteriana; tratamento com vancomicina

13 Segundo as diretrizes da ADA (*American Diabetes Association*) para pacientes diabéticos hospitalizados os alvos terapêuticos recomendados para a glicemia capilar pré- prandial, na maioria dos casos, são entre:

- a) 140 mg/dL a 180 mg/dL.
- b) 125 mg/dL a 199 mg/dL.
- c) 110 mg/dL a 150 mg/dL.
- d) 100 mg/dL a 140 mg/dL.
- e) 99 mg/dL a 120 mg/dL.

14 Paciente masculino, 69 anos de idade, procurou atendimento médico em emergência, recebe o diagnóstico de pneumonia da comunidade. Ao exame, apresenta-se com frequência cardíaca de 104 bpm, frequência respiratória de 32 irpm, saturação de oxigênio de 93% em ar ambiente, temperatura de 38,5 °C, pressão arterial de 112x70 mmHg, com tempo de enchimento capilar de 4 segundos e ausculta com crepitações em base direita. Não apresenta alteração do nível de consciência e laboratório mostra, além de leucocitose com neutrofilia, a presença de elevação de creatinina (1,3 mg/dL) e ureia (57 mg/dL). Com base no caso acima e usando a Diretriz Brasileira para Tratamento das Pneumonias Comunitárias, avalie o risco de mortalidade do paciente, tendo como base o CURB-65.

- a) Três pontos no escore de gravidade, com mortalidade alta, até 22%.
- b) Quatro pontos no escore de gravidade, com mortalidade alta, até 22%.
- c) Dois pontos no escore de gravidade, com mortalidade baixa, até 9,2%.
- d) Dois pontos no escore de gravidade, com mortalidade baixa, até 1,5%.
- e) Três pontos no escore de gravidade, com mortalidade alta, até 9,2%.

15 Paciente de 73 anos, sexo masculino foi atendido no pronto-atendimento com um quadro sugestivo de pneumonia comunitária, apresentando pressão arterial de 100 x 70 mmHg, frequência respiratória de 34irpm, confusão mental e ureia de 79 mg/dl, qual das condutas abaixo é a mais adequada?

- a) Internar o paciente e iniciar tratamento com ceftriaxona e clindamicina.
- b) Internar o paciente e tratar com gentamicina e penicilina cristalina.
- c) Internar o paciente e iniciar tratamento com ampicilina-sulbactam e claritromicina.
- d) Realizar tratamento ambulatorial com cefazolina e azitromicina.
- e) Realizar tratamento ambulatorial com amoxicilina+clavulanato.

16] A hiperglicemia crônica é o principal fator desencadeante das complicações a longo prazo, sendo estas micro e macrovasculares. Assinale a alternativa que **NÃO** constitui uma complicação macrovascular do *Diabetes Mellitus*.

- a) Doença cerebrovascular.
- b) Neuropatia diabética.
- c) Angina.
- d) Doença arterial periférica.
- e) Infarto agudo de miocárdio.

17] Considere dois medicamentos usados em dislipidemias:

Medicamento I: reduz nível de triglicérides em 15 a 50% do basal, aumenta nível de HDL em 5 a 30% do basal e tem efeito variável sobre nível de LDL.

Medicamento II: reduz nível de triglicérides em 20 a 50% do basal, aumenta nível de HDL em 15 a 35% do basal e reduz nível de LDL em 20 a 30% do basal.

Com maior probabilidade as drogas acima são, respectivamente:

- a) Fibrato e estatina.
- b) Estatina e fibrato.
- c) Ácido nicotínico e fibrato.
- d) Fibrato e ácido nicotínico.
- e) Colestiramina e ácido nicotínico.

18] O tratamento da tireotoxicose por doença de Graves tem dois objetivos: 1) redução dos sintomas decorrentes do excesso de hormônios tireoidianos nos tecidos periféricos e 2) tratamento direcionado à causa do distúrbio. Assinale a alternativa que traz uma opção de tratamento sintomático e outra dirigida à causa do distúrbio, respectivamente:

- a) Atenolol 50 mg 2x ao dia e Propiltiouracil 200mg 2x ao dia.
- b) Diazepam 10 mg 1x ao dia e Tapazol 40mg/dia.
- c) Propranolol 80 mg 3x ao dia e Diazepam 10mg 1x à noite.
- d) Diazepam 10mg 3x ao dia e ablação com I^{131}
- e) Carvedilol 12,5 mg 1x ao dia e Levotiroxina 75 mcg.

19] Entre as causas de insuficiência renal aguda (IRA), a mais comum é a azotemia pré-renal, devido a hipoperfusão renal. Todas as situações abaixo são causas de IRA pré-renal, EXCETO:

- a) Sepses.
- b) Grande queimados.
- c) Cirrose.
- d) *Diabetes insipidus*.
- e) Bexiga neurogênica.

20] Uma paciente de 43 anos foi submetida a apendicectomia de urgência, sem complicações como abscessos ou perfurações. No pós-operatório desenvolveu taquicardia: 130bpm, febre: 39°C, agitação psicomotora e icterícia. A investigação para causas infecciosas resultou negativa. A dosagem da função tireoidiana revelou níveis de T4 livre: 3,54 ng/dL e TSH < 0,01 µU/ml. Como antecedente, tem diagnóstico de doença de Graves, cujo tratamento havia abandonado há vários anos. Qual das condutas abaixo NÃO seria indicada neste momento?

- a) Iodeto de potássio.
- b) Propiltiouracil.
- c) Hidrocortisona.
- d) Iodo radioativo.
- e) Propranolol.

21 Paciente do sexo masculino, 58 anos de idade, chega à emergência, apresentando anorexia, náuseas e edema. Tem diagnóstico de hipertensão e doença renal crônica. A acompanhante relata a piora no estado geral nas últimas 24 horas. Exame físico: REG, hidratado, eupneico, acianótico, anictérico, edemaciado. ACV: RCR em 2T, BNF com FC: 102bpm e PA : 140 x 90mmHg; AR: MV+ S/RA; Pulsos periféricos palpáveis, edema +3/6 em MMII. Foi solicitado análise bioquímica (eletrólitos, função renal, gasometria) e um eletrocardiograma (ECG) que mostra ritmo sinusal, com QRS alargado, onda T apiculada e achatamento de onda P em todas as derivações. Qual a conduta imediata mais adequada:

- a) Administrar insulina regular subcutânea e Sorcal® via retal, além de acionar equipe de hemodiálise.
- b) Administrar uma furosemida endovenosa.
- c) Iniciar bicarbonato de sódio mais soro glicosado e aguardar o resultado da bioquímica solicitada para tomar uma conduta dirigida.
- d) Solicitar hemodiálise de emergência.
- e) Administrar, imediatamente, gluconato de cálcio a 10% via endovenosa.

22 Paciente de 30 anos vem apresentando perda de peso há seis meses, diarreia há 2 meses sem etiologia definida e há quinze dias evoluiu com tosse seca e dispneia progressiva. Ao ser atendido na Emergência foram realizados alguns exames: radiografia de tórax – infiltrado intersticial difuso, hemograma – linfopenia, DHL elevado, gasimetria – hipóxia (55 mmHg). Qual o esquema terapêutico mais indicado neste momento e qual exame solicitar para investigação da doença de base?

- a) Moxifloxacino e lavado broncoalveolar.
- b) Tuberculostáticos e baciloscopia.
- c) Heparinização e angiotomografia de abdome.
- d) Sulfametoxazol-trimetoprin + prednisona e teste rápido para HIV.
- e) Ceftriaxone + azitromicina e mielograma.

23 Paciente feminina de 38 anos de idade, apresentando micção frequente e sede intensa, tanto no período de dia quanto no período da noite. Exames laboratoriais revelam os seguintes valores: Densidade urinária: 1.002; Proteína urinária: 120 mg/dL; Sódio sérico: 160 mmol/L; Potássio sérico: 4,1 mmol/L; Creatinina sérica: 1,4 mg/dL, Osmolalidade plasmática: 310mOsm/kg. Ao exame físico estava levemente desidratada, pressão arterial: 95/50 mmHg e frequência cardíaca: 110 batimentos/min. Qual a causa mais provável de sua elevada concentração de sódio no plasma?

- a) Síndrome de Cushing
- b) *Diabetes mellitus*
- c) *Diabetes insipidus*
- d) Aldosteronismo primário
- e) Hipertireoidismo

24 Um paciente chega ao ambulatório com um nódulo de tireoide. Todos os achados abaixo sugerem maior risco de malignidade, EXCETO:

- a) Microcalcificações no nódulo a ultrassonografia.
- b) História de exposição à radiação ionizante ou radioterapia cervical na infância ou adolescência.
- c) História familiar de câncer de tireoide, dois ou mais membros afetados.
- d) Nódulos mistos a ultrassonografia.
- e) Fluxo do nódulo predominantemente central a ultrassonografia com doppler.

25 Em relação ao incidentaloma de adrenal, é INCORRETO afirmar que:

- a) A maioria dos incidentalomas de adrenal são adenomas não funcionantes.
- b) A punção por agulha fina apresenta baixa acurácia no diagnóstico diferencial adenoma e carcinoma adrenal.
- c) Os pacientes hipertensos e com hipocalemia com incidentaloma de adrenal devem ser submetidos a investigação para hiperaldosteronismo primário.
- d) O risco de malignidade aumenta significativamente em tumores maiores que 5cm.
- e) A adrenalectomia está indicada em todos os casos de incidentaloma.

26 De acordo com a diretriz para hipertensão arterial, as medidas de estilo de vida que mostraram capacidade para reduzir a pressão arterial, são a (o):

- a) Restrição de álcool para 60g/dia e aumento no consumo de chás.
- b) Controle de peso e redução do consumo de álcool.
- c) Redução de peso e aumento na ingestão de ácidos graxos saturados.
- d) Exercício físico regular e aumento na ingestão de selênio.
- e) Elevado consumo de legumes e frutas e dietas isentas de lactose.

27 A crise adrenal constitui uma emergência médica e deve ser prontamente tratada. Além da reposição vigorosa de fluidos cristaloides qual das opções a seguir deve ser administrada?

- a) Hidrocortisona em dose alta.
- b) Fludrocortisona em dose alta.
- c) Dexametasona em dose baixa.
- d) Prednisolona em dose alta.
- e) Metilprednisolona em dose intermediária.

28 O hipogonadismo masculino é uma síndrome que se caracteriza pela deficiência na produção ou ação androgênica no homem. O rastreamento para o hipogonadismo deve ser feito nas condições abaixo, EXCETO:

- a) Doença renal crônica e hemodiálise.
- b) Infertilidade.
- c) Todos os homens acima de 70 anos.
- d) Homem jovem com osteoporose ou fratura por trauma leve.
- e) Presença de massa selar.

29 Paciente do sexo feminino, de 28 anos de idade, se apresenta com dor cervical anterior há 3 dias. Refere quadro gripal na semana anterior. Ao exame: PA: 120x85 mmHg, FC:105 bpm, temperatura axilar de 37,1 °C, tireoide levemente dolorosa à palpação. Laboratório: VHS: 58 mm/hora, hemograma com anemia normocítica, normocrômica e leucocitose discretas, TSH < 0,01 µU/mL e T4L: 2,0 (0,6 a 1,8). À ultrassonografia, observa-se tireoide levemente aumentada de volume. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- a) Tireoidite linfocítica subaguda.
- b) Tireoidite infecciosa.
- c) Tireotoxicose fármaco induzida.
- d) Tireoidite aguda.
- e) Tireoidite granulomatosa subaguda.

30 Com relação ao tratamento do hipotireoidismo, assinale a alternativa correta.

- a) A levotiroxina deve ser ingerida com leite para melhorar sua absorção.
- b) O controle do tratamento deve ser de acordo com a sintomatologia do paciente, independente dos valores hormonais.
- c) Pode ser administrada em conjunto com outras medicações como inibidores da bomba de próton e sulfato ferroso.
- d) A levotiroxina pode ser administrada ao deitar-se, 3 a 4 horas após a última refeição.
- e) A reposição hormonal com levotiroxina é necessariamente administrada pela manhã.

31 Paciente do sexo masculino, de 35 anos de idade, refere aumento de peso, fraqueza muscular proximal e astenia há 1 ano. Relata que nesse período apresentou frequentes crises de broncoespasmo, necessitando buscar atendimento em emergência algumas vezes, mas frequentemente usava medicações sem acompanhamento médico. Ao exame físico, apresenta obesidade central, face em lua cheia, estrias violáceas e hipertensão arterial. Os exames laboratoriais mostram: cortisol sérico indetectável e ACTH abaixo do valor normal. Considerando essas informações, assinale a alternativa correta.

- a) Realizar tomografia de tórax para procurar tumor produtor de ACTH ectópico.
- b) Trata-se de um caso de supressão do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal por uso de glicocorticoides.
- c) Devem ser realizadas dosagens de cortisol livre urinário e cortisol salivar para diagnóstico de Síndrome de Cushing.
- d) Trata-se de pseudo-cushing secundário à obesidade.
- e) Deve-se repetir as dosagens de cortisol e ACTH.

32 Paciente sexo masculino de 60 anos, levado ao hospital com quadro de convulsão há 6 horas. Apresentava-se ao exame físico em regular estado geral, descorado ++/4, confuso, com hemiparesia direita. Oroscoopia evidenciava candidose oral moderada a intensa. Histórico de emagrecimento de 7 kg, diarreia crônica e episódio de Herpes Zoster há 3 meses. Qual a hipótese diagnóstica mais provável e sua característica neurorradiológica correspondente?

- a) Leucoencefalopatia multifocal progressiva (LEMP), ressonância nuclear magnética de crânio com lesão em substância cinzenta não captante de contraste.
- b) Linfoma primário de SNC, tomografia de crânio sem efeito de massa e não captante de contraste.
- c) Neurocriptococose, tomografia de crânio evidenciando lesão com efeito de massa e captação de contraste.
- d) Neurotoxoplasmose, tomografia de crânio evidenciando lesão com efeito de massa e captação de contraste.
- e) Neurotuberculose, ressonância nuclear magnética de crânio com lesão de substância branca não captante de contraste.

33 A Hipertensão Arterial Sistêmica Secundária tem prevalência de 3 a 5%. Associe a suspeita diagnóstica (1ª. Coluna) aos achados que sugerem hipertensão arterial secundária (2ª. Coluna).

| | |
|-----------------------------------|--|
| I – hiperparatireoidismo primário | A - Ganho de peso, fadiga, fraqueza, hirsutismo |
| II – hiperaldosteronismo primário | B - Litíase urinária, depressão, fraqueza muscular |
| III – síndrome de Cushing | C - Sopros sistólico/diastólico abdominal |
| IV – Hipertensão renovascular | D - Hipertensão resistente ao tratamento e/ou hipocalcemia |

- a) I-A; II-B; III-C; IV-D
- b) I-C; II-D; III-A; IV-B
- c) I-B; II-D; III-A; IV-C
- d) I-B; II-A; III-D; IV-C
- e) I-C; II-A; III-D; IV-B

34 Estado hiperglicêmico hiperosmolar (EHH) e a cetoacidose diabética (CAD) são as principais causas de admissão dos pacientes com diabetes no ambiente de urgência e emergência. Sobre estas emergências hiperglicêmicas, assinale a alternativa correta:

- a) Os pacientes com CAD podem apresentar hipotermia leve.
- b) O diabético tipo 2 nunca apresenta cetoacidose diabética.
- c) A utilização de bicarbonato endovenoso faz parte do manejo inicial de todos os pacientes com CAD.
- d) Os pacientes com EHH são: glicemia capilar > 600mg/dl; pH < 7,3; Osmolalidade plasmática > 320 mOsm/kg; ausência de cetonúria.
- e) Constituem tratamento fundamental para CAD e EHH : hidratação com solução salina hipertônica vigorosa, Insulinoterapia em bomba de infusão contínua e reposição de potássio.

35] A espironolactona é uma droga que faz parte do arsenal terapêutico na insuficiência cardíaca. Quanto a esta medicação, assinale a alternativa INCORRETA.

- a) Está contraindicado em pacientes com creatina >2,5mg/dl e uso concomitante de inibidores da enzima conversora de angiotensina.
- b) Tem indicação classe I em pacientes com IC sistólica classe funcional III-IV.
- c) Tem como contraindicação hipercalcemia.
- d) Pode desencadear ginecomastia dolorosa.
- e) É droga que reduz mortalidade e internações hospitalares.

36] Com relação aos pacientes com AIDS e contagem de linfócitos T CD4 < 200 células/mm³, é correto afirmar que:

- a) o tratamento de escolha do *Pneumocystis jirovecii* é clindamicina + primaquina.
- b) está contraindicada na retinite pelo citomegalovírus a associação do corticoide ao ganciclovir.
- c) a principal manifestação do sistema nervoso central é a neurosífilis.
- d) a profilaxia primária de escolha para o *Toxoplasma gondii* é realizada com azitromicina.
- e) o tratamento de escolha da meningite criptocócica é a associação da anfotericina B com flucitosina

37] Na síndrome coronariana aguda sem elevação do segmento ST, deve ser evitada a terapia com:

- a) Fibrinolítico
- b) Betabloqueador.
- c) Antiplaquetário.
- d) Anticoagulante.
- e) Ácido acetilsalicílico.

38] Paciente do sexo feminino de 72 anos de idade, com diagnóstico de *diabetes mellitus* e hipertensão arterial há 18 anos. Atualmente faz uso de insulina NPH, insulina regular, anti-hipertensivos, AAS e rosuvastatina. Apresenta retinopatia proliferativa, já tendo realizado fotocoagulação com laser. Há 2 anos teve um infarto do miocárdio e foi submetido a angioplastia. Exames atuais: relação albumina/creatinina em amostra de urina: 820 mg/g. Creatinina plasmática: 1,8 mg/dl; glicemia de jejum: 210 mg/dL e hemoglobina glicada de 9,5%. Para este paciente qual a meta indicada de níveis de hemoglobina glicada?

- a) < 6,5%
- b) < 7%
- c) < 9%
- d) < 8%
- e) < 7,5%

39] Cetoacidose diabética (CAD) ainda é uma importante causa de morbidade e mortalidade entre os pacientes diabéticos. Qual a alternativa abaixo melhor define CAD?

- a) glicemia: 650 mg/dL; pH: 7,32 com ânion GAP: 20 ; bicarbonato: 21 mg/dL; cetonúria: 4+/4+
- b) glicemia: 320 mg/dL; pH: 7,13 com ânion GAP: 16 ; bicarbonato: 8 mg/dL; cetonúria: 3+/4+
- c) glicemia: 135 mg/dL; pH: 6,9 com ânion GAP : 10 ; bicarbonato: 19 mg/dL; cetonúria: 1+/4+
- d) glicemia: 210 mg/dL; pH: 7,27 com ânion GAP: 9 ; bicarbonato: 31 mg/dL; cetonúria: 1+/4+
- e) glicemia: 450 mg/dl; pH: 7,58 com ânion GAP: 8; bicarbonato: 45 mg/dl; cetonúria: 2+/4+

40] Paciente de 26 anos é encaminhada ao endocrinologista devido exame de prolactina alterado (PRL = 58 ng/mL). Nega irregularidade menstrual, galactorreia, cefaleia, alterações visuais e uso de medicações. Após repetição do exame, a hiperprolactinemia persiste (PRL = 54 ng/mL). Qual a melhor conduta nesse caso?

- a) Solicitar dosagem de β hCG.
- b) Solicitar pesquisa de macroprolactina.
- c) Conduta expectante com repetição da prolactina em 3 meses.
- d) Iniciar agonista dopaminérgico.
- e) Solicitar ressonância magnética de hipófise.

RASCUNHO

RASCUNHO

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome: _____ Carteira n° _____