

**CONCURSO PÚBLICO DE PROVAS E TÍTULOS PARA O CARGO EFETIVO DE PROFESSOR DA
CARREIRA DE MAGISTÉRIO SUPERIOR**

EDITAL Nº 04/2016 – PROGRAD

PROVA ESCRITA

Área de concurso: _____

Número de Identificação do (a) Candidato (a): _____

Orientações Gerais

1. A prova escrita tem **caráter eliminatório e classificatório**;
2. A prova escrita **está sendo realizada simultaneamente** por todos os candidatos;
3. O horário de realização da prova escrita é das **8h às 12h** (horário oficial do Acre);
4. O **candidato deverá permanecer obrigatoriamente** na sala de realização da prova escrita, **no mínimo, uma hora** após o seu início;
5. Quando autorizado pelo Fiscal de Sala o candidato deverá preencher a área de concurso e o número de identificação do candidato na folha de rosto do caderno de resposta definitivo;
6. Será **anulada a prova que contiver assinatura**, rubrica, qualquer palavra ou marca que identifique o candidato, exceto o número de identificação fornecido pela Comissão Geral de Concurso no local indicado;
7. Nenhuma folha desta prova ou do rascunho poderá ser destacada, sob pena de desclassificação do candidato;
8. Utilize a (s) **folha (s) definitiva (s) de resposta** para responder a (s) questão (s) formuladas;
9. A prova escrita será feita pelo próprio candidato, à mão, em letra legível, com **caneta esferográfica de tinta de cor azul ou preta, fabricada em material transparente, em espaço destinado para tanto**;
10. As **anotações que estiverem em desconformidade** com este Edital ou com as instruções da prova escrita serão consideradas indevidas e não serão consideradas para efeito de correção;
11. O candidato **não deverá amassar, molhar, dobrar, rasgar, manchar** ou, de qualquer modo, **danificar a sua prova escrita**, sob pena de impossibilitar a leitura por parte dos membros da banca examinadora;
12. **Em hipótese alguma haverá substituição** da prova escrita por erro do candidato;
13. Não serão distribuídas folhas suplementares para transcrição das respostas definitivas ou para rascunho.
14. **Não serão permitidas consultas e a utilização de qualquer equipamento eletrônico, durante a realização da prova escrita**, exceto aquelas solicitadas pela banca examinadora e autorizadas pela Comissão Geral de Concurso, em edital específico, no endereço eletrônico <www.ufac.br>.
15. Será desclassificado o candidato que, durante a realização da prova escrita, for surpreendido portando, em local diverso do indicado pelos fiscais, equipamento eletrônico e/ou material de uso não autorizado, ainda que desligado.
16. De igual forma, será desclassificado o candidato cujo equipamento eletrônico e/ou material de uso não autorizado emitir qualquer tipo de ruído, alerta ou vibração, ainda que o mesmo esteja no local indicado pelos fiscais.
17. Após o término de sua prova, o candidato deverá entregar a (s) folha (a) definitiva (a) de resposta e as folhas de rascunho ao fiscal de sala.
18. O candidato que **entregar a prova não poderá retornar** ao local de sua realização em hipótese alguma;
19. Os **três últimos candidatos deverão permanecer na sala de prova** e somente poderão sair juntos do recinto, após acompanhar o lacre dos envelopes e apor em Ata suas respectivas assinaturas;
20. Os resultados da prova escrita serão publicados pela Comissão Geral de Concurso, **no dia 31 de maio de 2016**, em edital de resultado preliminar, juntamente com as chaves de correção das provas;

1) Você atende um paciente de 45 anos, tabagista, estressado por problemas no trabalho, com queixa de palpitações, dores na nuca, e oscilação da pressão arterial nos últimos 3 meses. Traz um controle pressórico de uma semana, realizado numa unidade básica de saúde, que foi solicitado pelo médico que o atendeu há uma semana com “pressão alta”. O controle mostra níveis pressóricos oscilando entre 135/90 a 150/100 mmHg. Paciente refere já ter tido picos de pressão de 160/100 mmHg. Além disso, traz o resultado de alguns exames laboratoriais e eletrocardiograma.

Ao exame físico: PA: 140/90 mmHg, FC: 87 bpm, peso: 100 kg, obesidade abdominal evidente, glicemia de jejum: 90 mg/dl, Colesterol total: 250 mg/dl, HDL-colesterol: 35 mg/dl, TG: 200 mg/dl, ureia: 30 mg/dl. Eletrocardiograma com sobrecarga ventricular esquerda.

Baseado no quadro clínico responda as questões a baixo. **(1,5 pts)**

- a) Este paciente já deve ser considerado hipertenso? Justifique.(0,3)
- Sim, pela diretriz de hipertensão duas medidas ambulatoriais em momentos diferentes com níveis pressóricos acima de 140/90 mmHg já classifica o indivíduo como hipertenso.
- b) O tratamento não medicamentoso deve ser sempre estimulado em todos os pacientes hipertensos e, em alguns casos, é a única medida terapêutica inicial. Descreva as principais orientações em relação ao tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial e que possuem o potencial de reduzir os níveis pressóricos. (0,3)
- Controle de peso
- Estilo alimentar (diets DASH, mediterrânea, vegetariana e outras)
- Redução do consumo de sal
- Moderação no consumo de Álcool
- Atividade física
- c) Que outros questionamentos sobre antecedentes, hábitos, costumes você questionaria? (0,3)
- Hábitos como tabagismo (fator de risco) Tabagismo, historia familiar de DAC, ou AVE, sedentarismo, consumo de bebida alcoólica, hábitos alimentares, antecedentes prévios de aterosclerose clinica (infarto, claudicação intermitente, ave prévio)
- d) Quais exames laboratoriais você consideraria para complementar a avaliação laboratorial básica para este paciente?(0,3)

Os exames considerados classe I para avaliação inicial do paciente hipertenso são: Análise de urina (Classe I, Nível C)

- a) Potássio plasmático (Classe I, Nível C)
- b) Creatinina plasmática (Classe I, Nível B) e estimativa do ritmo de filtração glomerular (Classe I, Nível B)10,11 (tabela 4)
- c) Glicemia de jejum (Classe I, Nível C)
- d) Colesterol total, HDL, triglicérides plasmáticos (Classe I, Nível C)*
- e) Ácido úrico plasmático (Classe I, Nível C)
- f) Eletrocardiograma convencional (Classe I, Nível B)

No caso em questão para complementar falta:

EAS, ácido úrico, cretinina.

- e) Está indicado tratamento medicamentoso para a pressão arterial? Justifique. Se indicado tratamento medicamentoso, qual (is) droga (s) você escolheria para iniciar o tratamento baseando-se no perfil do paciente? Justifique.(0,3)

- Sim, trata-se de paciente com vários fatores de risco para doença arterial coronária e já com lesão de órgão alvo (hipertrofia ventricular esquerda ao ECG). Nesse caso está indicado terapia medicamentosa, além da não medicamentosa. Está indicado tratamento combinado. As combinações mais adequadas ao perfil do paciente são: Inibidores da ECA ou BRAS em associação com antagonistas dos canais de cálcio, ou diurético em baixas doses.

- 2) Paciente do sexo feminino, 57 anos, vem em consulta médica ambulatorial com queixa de há mais ou menos um mês ter iniciado quadro de cansaço e falta de ar progressiva, atualmente ao realizar suas atividades habituais como tomar banho, cozinhar e caminhar dentro de casa. Não sente falta de ar no repouso. Antecedente de hipertensão e diabetes.

Ao exame físico apresenta pressão arterial de 160/100 mmHg. FC= 112 bpm. Ausculta pulmonar com estertores crepitantes em ambas as bases pulmonares. Ausculta cardíaca com ritmo regular em 3T por galope por terceira bulha (sugestivo de disfunção sistólica do ventrículo esquerdo com aumento das pressões de enchimento).

Paciente trouxe um eletrocardiograma realizado no pronto atendimento há 20 dias, quando acordou subitamente com muita falta de ar durante a noite, necessitando procurar assistência médica. Foi medicada com um remédio sublingual para baixar sua pressão, que estava muito alta, mas não notou muita melhora dos sintomas (SIC).

O eletrocardiograma mostra ondas “Q patológicas” e ondas “T negativa (2mm) em parede anterior.

Em relação ao quadro clínico acima, responda: (1,0 pt)

- a) O que sugere a presença de “ondas “Q patológicas” e ondas “T negativa (2mm) em parede anterior no eletrocardiograma?”(0,25)
- Onda Q patológica quer dizer sinais de necrose tecidual e ondas T negativas isquemia. Possível infarto do miocárdio (antigo) em parede anterior do ventrículo esquerdo.
- b) Cite 5 causas de insuficiência cardíaca e qual a principal etiologia da IC neste caso clínico em questão? (0,25)
- ICC sistólica: hipertensão arterial sistêmica, miocardite, Doença de Chagas, Infarto do miocárdio, doença isquêmica do coração, miocardiopatias em geral (genéticas, infecciosas, idiopáticas), infecção por HIV, miocardiopatia periparto, estágio final de insuficiência renal, miocardiopatia alcoólica.
 - ICC diastólica: HAS, cardiopatia isquêmica, hipertireoidismo, hipotireoidismo, anemia, cardiomiopatia hipertrófica, cardiopatias infiltrativas (amiloidose, hemocromatose), endomiocardiofibrose, doenças do pericárdio (pericardite cobstritiva), doença renal, estenose aórtica, arritmias cardíacas.
- c) Qual a classe funcional (NYHA) e em que classificação prognóstica da ICC, você incluiria a paciente? Justifique (0,25)
- Classe funcional III NYHA. (mínimos esforços)
- Classificação prognóstica: estágio C (lesão cardíaca com clínica atual de IC)
- d) Quais os medicamentos ou classes de medicamentos que você incluiria para o tratamento inicial da paciente? Discorra sobre qual o mecanismo de ação de cada uma delas. (0,25)
- Diuréticos de alça: Remover sobrecarga hídrica.
 - Bloqueadores da aldosterona: espironolactona: bloquear a aldosterona
 - Beta-bloq (carvedilol, bisoprolol, succinato de metoprolol) e IECA: inibir atividade simpática, inibidores do sistema renina angiotensina.
 - Remodelamento cardíaco: Beta-bloq, IECA, espironolactona

- e. Antiplaquetários: AAS
- f. Estatinas: redução do LDL colesterol

3) Paciente de 32 anos, sexo feminino, com antecedente de 1 parto normal há 2 anos, sem complicações e criança saudável. Vem ao consultório com queixa de fraqueza e cansaço frequentes. Trouxe o eritrograma abaixo: (0,1)

Parâmetro	Valor	Referência
Hemácias	4,34	3,8 a 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina	9,4	12,0 a 15,5 g/dL
Hematócrito	29,2	36 a 46,5%
VCM (Volume Corpuscular Médio)	61	78 a 96 fl

- a) Interprete o eritrograma e cite pelo menos duas hipóteses para este caso. (0,5)
- **Anemia microcítica por provável etiologia ferropriva ou talassemia.**
- b) Como você elucidaria este diagnóstico? Explique do ponto de vista de história clínica, exames complementares para a confirmação ou descarte das suas hipóteses. (0,5)
- **O fluxo menstrual na mulher mesmo dentro de parâmetros normais pode resultar em anemia por deficiência de ferro. Apesar de já ter uma criança saudável não descarta a hipótese de que sua anemia não possa ser hereditária, com a Talassemia Minor (alfa ou beta). Assim há indicação de se fazer a dosagem sérica de ferritina e eletroforese de hemoglobina.**
- 4) Paciente sexo masculino, 72 anos, veio ao ambulatório com quadro de fraqueza generalizada, sem antecedentes mórbidos pessoais, lavrador aposentado, ainda mora em zona rural. Pai de 4 filhos todos saudáveis. Refere etilismo, mas que parou há 3 meses. Paciente longilíneo, um pouco emagrecido, palidez cutânea importante, anictérico, sem adenomegalias, sem hepato ou esplenomegalia. Apresenta cabelos quebradiços e unhas raiadas. Ao exames da cavidade oral percebe-se uma língua “careca” ou “lisa” com poucas papilas filiformes. Pergunta-se: (0,5)
- a) Qual seria sua hipótese(s) diagnóstica(s)? (0,25)
O aspecto clínico sugere uma glossite, e que pode ser compatível com a queda de cabelos e unhas raiadas. A ingestão de álcool é comumente acompanhado de deficiência de vitaminas do complexo B como o ácido fólico e vitamina B12. Assim a principal hipótese seria anemia carencial por deficiência de vitamina B12 (megaloblástica ou perniciosa)
- b) Que exames você pediria, justificando o que você esperaria encontrar em cada uma delas, para ajudar a confirmar ou descartar sua hipótese(s) diagnóstica(s)? (0,25)
- **Hemograma completo onde poderemos encontrar uma macrocitose, podendo também ser encontrado leucopenia e plaquetopenia.**
- **Dosagem sérica de Vitamina B12 onde esperaria uma diminuição abaixo de valores de referência**
- 5) “O Lupus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença inflamatória crônica, multisistêmica, de causa desconhecida e de natureza autoimune. Prevalência entre 40 a 50 casos/100.000 habitantes em estudos norte-americanos.” Em relação ao LES Responda. (1,5)
- a) Qual o gênero e idade mais acometidos (0,25)
- **Sexo feminino, mulher jovem entre 25 a 40 anos de idade.**
- b) Cite 4 critérios clínicos e 4 critérios laboratoriais para o diagnóstico fazendo breve comentário da manifestação no LES (0,5)
- **Eritema malar: lesão eritematosa fixa em região malar, plana ou em relevo.**
- **Lesão discóide: lesão eritematosa, infiltrada, com escamas queratóticas aderidas e tampões foliculares, que evolui com cicatriz atrófica e discromia.**
- **Fotosensibilidade: exantema cutâneo como reação não-usual à exposição à luz solar, de acordo com a história do paciente ou observado pelo médico.**

- Úlceras orais/nasais: úlceras orais ou nasofaríngeas, usualmente indolores, observadas pelo médico.
 - Artrite: não-erosiva envolvendo duas ou mais articulações periféricas, caracterizadas por dor e edema ou derrame articular.
 - Serosite: pleuris (caracterizada por história convincente de dor pleurítica, atrito auscultado pelo médico ou evidência de derrame pleural) ou pericardite (documentado por eletrocardiograma, atrito ou evidência de derrame pericárdico).
 - Comprometimento renal: proteinúria persistente ($> 0,5$ g/dia ou 3+) ou cilindrúria anormal.
 - Alterações neurológicas: convulsão (na ausência de outra causa) ou psicose (na ausência de outra causa).
 - Alterações hematológicas: anemia hemolítica ou leucopenia (menor que $4.000/mm^3$ em duas ou mais ocasiões) ou linfopenia (menor que $1.500/mm^3$ em duas ou mais ocasiões) ou plaquetopenia (menor que $100.000/mm^3$ na ausência de outra causa).
 - Alterações imunológicas: anticorpo anti-DNA nativo ou anti-Sm ou presença de anticorpo antifosfolípide com base em:
 - níveis anormais de IgG ou IgM anticardiolipina;
 - teste positivo para anticoagulante lúpico; ou teste falso-positivo para sífilis, por, no mínimo, seis meses.
 - Anticorpos antinucleares: título anormal de anticorpo antinuclear por imunofluorescência indireta ou método equivalente, em qualquer época, e na ausência de drogas conhecidas por estarem associadas à síndrome do lúpus induzido por drogas.
- c) Cite dois tratamentos medicamentosos utilizados nos casos confirmados, e diga em qual situação devemos usar cada um deles. (0,25)
- Hidroxicloroquina sempre deve ser usado
 - Corticoide via oral ou como pulsoterapia
- d) Cite pelo menos 4 medidas gerais que podem ser orientadas às pacientes com LES? (0,5)
- Educação: informar ao paciente e a seus familiares sobre a doença e sua evolução, possíveis riscos e os recursos disponíveis para diagnóstico e tratamento. Recomenda-se a necessidade de cumprimento das medidas estabelecidas pelo médico.
 - Apoio psicológico: transmitir otimismo e motivação para o tratamento, além de estimular os projetos de vida.
 - Atividade física: repouso nos períodos de atividade sistêmica da doença deve ser recomendado. Por causa da redução da capacidade aeróbica, medidas visando a melhora do condicionamento físico devem ser estimuladas. A atividade física regular reduz risco cardiovascular e promove melhora da fadiga e da qualidade de vida.
 - Dieta: não há evidência científica de que os alimentos possam influenciar o desencadeamento ou a evolução da doença. Recomenda-se a adoção de dieta balanceada, evitando-se excessos de sal, carboidratos e lipídios. Déficit de vitamina D pode ocorrer como fotoproteção e o uso de antimaláricos, e também nos quadros renais. A suplementação da vitamina D deve ser considerada em todos os pacientes.
 - Proteção: contra luz solar e outras formas de irradiação ultravioleta.
 - Evitar tabagismo: além de ser fator de risco para aterosclerose, diminui a eficácia dos antimaláricos, favorecendo a manutenção ou a piorada lesões cutâneas.
 - Controle rigoroso dos fatores de risco cardiovascular: glicemia, hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade.
- 6) Sobre o Acidente vascular cerebral isquêmico: Quais os critérios para uso de trombolíticos na fase aguda? (0,5)
- Inclusão: O uso de estreptoquinase não é recomendado, mas tem se indicado o uso de rt-PA entre 4 a 5 horas após o início do quadro. Sua indicação consiste em: AVC isquêmico agudo, tempo de ocorrência do AVCi entre 4 a 5 horas, exame de imagem sem evidência de sangramento intracraniano, idade acima de 18 anos.
- Exclusão: Uso de anticoagulante oral com INR $> 1,7$

- i) Uso dentro de 48 horas de heparina com prolongamento de TTPa
 - ii) Histórico de sangramento intracraniano ou malformação cerebrovascular
 - iii) Hipodensidade nos exames de imagem em mais de 1/3 do território da artéria cerebral média.
 - iv) Resolução rápida e completa do quadro clínico neurológico antes da aplicação do trombolítico.
 - v) Manifestação neurológica moderada sem manifestação disfuncional
 - vi) Histórico de cirurgia de grande porte nas 2 semanas que antecedem o AVC.
 - vii) Hemorragia do trato digestivo ou urinário nas 3 semanas que antecedem o AVC.
 - viii) Punção arterial em área não compressível nos últimos 7 dias.
 - ix) Coagulopatia com INR > 1,7, prolongamento de TTPa ou contagem de plaquetas < 100.000/mm³
 - x) Hipoglicemia prévia < 50 mg/dL, com recuperação no nível de consciência após reposição de glicose.
 - xi) Evidência de endocardite, êmbolo septic ou gestação.
 - xii) IAM recente antes dos 3 meses.
 - xiii) Suspeita clínica de Hemorragia Subaracnóide ou dissecação de aorta.
- 7) Quais são os critérios atualmente utilizados para o diagnóstico de Diabetes Mellitus? (0,5)
- a) Glicemia de jejum com valores ≥ 126 mg/dL em duas ocasiões.
 - b) Glicemia esporádica > 200 mg/dL acompanhada de sintomas de poliúria, polidipsia, polifagia e/ ou perda de peso acentuada
 - c) Glicemia plasmática ≥ 200 mg/dL após 75g de glicose anidra (ou 82,5 g de dextrosol) administrada oralmente, com medidas de glicose nos tempos 0 e 120 minutos
- Hemoglobina glicada $\geq 6,5\%$.
- 8) Paciente do sexo masculino, 55 anos, 80 Kg, índice de massa corpórea de 35. Vem ao consultório médico trazendo o resultado de sua última glicemia de jejum = 150 mg/dl. O primeiro resultado, há três dias, foi de 127 mg/dl. Pergunta-se: Qual o diagnóstico e qual a sua conduta em relação às orientações e medidas terapêuticas iniciais para este paciente? Qual seria a droga de escolha para o início do tratamento? (0,5)
- a) Diabetes
 - b) Perda de peso, alimentação pobre em carboidratos, frituras e gorduras, atividade física regular, redução no consumo de álcool.
 - c) Metformina
- 9) Cite cinco causas de insuficiência renal **pré-renal**, cinco causas de insuficiência renal, **renal** e cinco causas de insuficiência renal **pós-renal**. (0,5)
- A) Insuficiência renal pré-renal:**
- a) Hipovolemia: hemorragias, perdas TGI, terceiro espaço, queimaduras, sobrecarga de diuréticos, febre.
 - b) Diminuição do débito cardíaco: arritmias, ICC, IAM, tamponamento pericárdico.
 - c) Vasodilatação periférica: choque anafilático, bacteremia e anti-hipertensivos.
 - d) Vasoconstricção renal: anestesia, cirurgias, síndrome hepatorenal.
- B) Insuficiência renal aguda renal:**
- b) **Hemodinâmicas (isquêmicas):** politraumatismos, hemorragias, choque séptico, reações transfusão, hemorragia pós-parto, pancreatite, gastroenterite
 - c) **Nefrotóxicas:**
 - AINES e antibióticos: aminoglicosídeos, tetraciclina, anfotericina, sulfa, aciclovir, foscarnet.
 - Metais pesados: mercúrio, arsênio, chumbo, antimônio, ouro.
 - Contrastes radiográficos.
 - Solventes orgânicos: etilenoglicol, carbono, tolueno, gasolina, querosene.
 - Venenos: pesticidas, herbicidas, veneno de cobra, de aranha e de abelha.
 - Anestésicos: metoxiflurano, enflurano.
 - Agentes nefrotóxicos endógenos: mioglobina, hemoglobina, deposição tubular de cálcio, ácido úrico e oxalato.

- d) **Doenças glomerulares e vasculares:** glomerulonefrite difusa aguda, nefrite lúpica, panarterite nodosa, glomerulonefrites, HAS maligna, sind hemolítico-urêmica, necrose cortical bilateral, trombose aa renal bilateral, trombose da veia renal, trauma vascular, crise esclerodérmica.
- e) **Nefrite intersticial aguda** - antibióticos (penicilina G, ampicilina, sulfa, cefalosporinas, rifampicina); AINES; diuréticos (tiazídicos, furosemide); cimetidine, etc.

C) Insuficiência renal aguda pós-renal:

- a) **Obstrução bilateral dos ureteres:** tu próstata e cérvix, fibrose retroperitoneal idiopática, hemorragia retroperitoneal, ligadura acidental durante cx pélvicas.
- b) **Obstrução bilateral dos ureteres (intraluminal):** cristais de ácido úrico e sulfa, edema, coágulos, cálculos.
- c) **Obstrução em bexiga:** hipertrofia próstata, ca bexiga, infecção, neuropatia
- d) **Obstrução uretral:** válvula congênita, estenose, tu, funcional

10) A hipercalemia é uma complicação grave da insuficiência renal aguda pelo risco de arritmias graves e parada cardíaca. O tratamento de emergência é necessário com níveis de potássio acima de seis, associado a alterações eletrocardiográficas (redução da onda P e Onda T “em Tenda” com base estreita). Descreva as principais medidas terapêuticas que se pode utilizar no tratamento da hipercalemia. (1,0)

1) Estabilização Cardíaca: administração de cálcio é o primeiro passo, entretanto não deve ser utilizado como profilaxia para arritmias.

- Gluconato de cálcio a 10% + 100 ml SF 0,9% EV 2 a 5 minutos
- Tem duração média de 30 a 60' e protege o miocárdio de arritmias graves, embora não altere a concentração sérica de potássio.

2) Inalação com **β-agonistas** diminui a concentração de K⁺ sérico

Fenoterol ou salbutamol 10 gts + SF 0,9% 10ml NBZ de 4/4 horas

3) Insulina Regular 10U IV + 50g de glicose

4) Diurético de alça: Furosemida 20mg IV

5) Diálise

11) Raquel, 21 anos, queixa-se de emagrecimento (6 kg em 30 dias), insônia, palpitações e tremores de extremidades há 6 semanas. Ao exame físico: FC: 120 bpm, pulso regular, bócio difuso indolor à palpação, tremores finos de extremidades. Exames laboratoriais: TSH 0,01 (0,5 – 5,0) T4 livre 4,2 (0,9 – 1,7) T3 245 (58 – 160) VHS 7 (0 – 15) Anti-TPO negativo , Anticorpo anti receptor de TSH – TraB 7,3 (< 1,75). Sobre o caso, pode-se afirmar: (0,5)

Pergunta-se:

a) Qual a hipótese diagnóstica mais provável e quais os principais diagnósticos diferenciais. (0,25)

Resposta: Trata-se de provável doença de Graves. Na faixa etária da paciente, é a principal causa de hipertireoidismo. Um importante diagnóstico diferencial é a Tireoidite Subaguda de Quervain, porém o VHS negativo, a ausência de dor cervical, e a presença de TRab positivo tornam essa hipótese menos provável.

b) Qual a conduta terapêutica considerando a hipótese diagnóstica principal.(0,25)

O tratamento concentra-se na tentativa de normalização dos níveis hormonais tireoidianos e consequente desaparecimento dos sintomas e na redução de possíveis efeitos iatrogênicos da terapêutica. Os três tipos de tratamento hoje disponíveis impedem a produção dos hormônios, quer pela destruição do tecido glandular (cirurgia ou iodo radioativo), quer pelo bloqueio de produção dos hormônios (drogas antitireoidianas). O tratamento medicamentoso: antitireoidianos: metimazol (20-60 mg/dia) e propiltiuracil (PTU) (200 a 600mg). Terapêutica ablativa: iodo radioativo (iodeto de potássio ou solução de lugol) ou cirurgia (tireoidectomia subtotal)

Drogas usadas para antagonizar algumas das manifestações da tireotoxicose: Drogas que bloqueiam a resposta das catecolaminas em seu local de ação: propranolol (20 a 40 mg a cada 6h)

Em alguns casos de oftalmopatia importante (proptose exagerada, edema periorbitário, diplopia, disfunção dos músculos oculares, ulcerações de córnea tem indicação de corticóide (40-120 mg de prednisona/dia, as vezes combinada com ciclosporina.pulsoterapia com metilprednisolona ou radioterapia orbitária.

12) Embora haja recentemente discussão, polêmica, sobre a revisão dos critérios diagnósticos de sepse, sepse grave e choque séptico, a sepse grave tem sido, até então, habitualmente definida como a sepse com disfunção orgânica. Nesse contexto cite quais são os parâmetros clínicos e laboratoriais habitualmente usados para a identificação das disfunções orgânicas.(1,0)

- Cardiovascular: hipotensão, necessidade de uso de drogas vasoativas, hiperlactatemia, acidose metabólica
- Renal: diminuição da diurese, elevação da creatinina, diminuição do clearance de creatinina
- Respiratório: taquipnéia, necessidade de suplementação de oxigênio, relação PaO_2/FiO_2
- Hematológico: plaquetopenia, alargamento do TAP/INR, sangramentos espontâneos
- Hepático: aumento de bilirrubina
- Neurológico: diminuição do nível de consciência, agitação, delirium, diminuição da escala de glasgow