

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

EDITAL N.º 02/2014 DE PROCESSOS SELETIVOS

GABARITO APÓS RECURSOS

PROCESSO SELETIVO 43

MÉDICO I (Infectologia)

01.	A	11.	E	21.	B
02.	E	12.	D	22.	E
03.	A	13.	B	23.	C
04.	D	14.	B	24.	D
05.	C	15.	E	25.	E
06.	B	16.	D		
07.	C	17.	C		
08.	A	18.	B		
09.	C	19.	D		
10.	A	20.	A		

CADERNO DE QUESTÕES



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

MISSÃO INSTITUCIONAL

Prestar assistência de excelência e referência com responsabilidade social, formar recursos humanos e gerar conhecimentos, atuando decisivamente na transformação de realidades e no desenvolvimento pleno da cidadania.

EDITAL N.º 02/2014 DE PROCESSOS SELETIVOS

PS 43 - MÉDICO I (Infectologia)

Nome do Candidato: _____

Inscrição n.º: _____



INSTRUÇÕES



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

- 1 Verifique se este CADERNO DE QUESTÕES corresponde ao Processo Seletivo para o qual você está inscrito. Caso não corresponda, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
- 2 Esta PROVA consta de **25** (vinte e cinco) questões objetivas.
- 3 Caso o CADERNO DE QUESTÕES esteja incompleto ou apresente qualquer defeito, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
- 4 Para cada questão objetiva, existe apenas **uma** (1) alternativa correta, a qual deverá ser assinalada na FOLHA DE RESPOSTAS.
- 5 Os candidatos que comparecerem para realizar a prova **não deverão** portar armas, malas, livros, máquinas calculadoras, fones de ouvido, gravadores, *paggers*, *notebooks*, **telefones celulares**, *pen drives* ou quaisquer aparelhos eletrônicos similares, nem utilizar véus, bonés, chapéus, gorros, mantas, lenços, aparelhos auriculares, próteses auditivas, óculos escuros, ou qualquer outro adereço que lhes cubra a cabeça, o pescoço, os olhos, os ouvidos ou parte do rosto. **Os relógios de pulso serão permitidos, desde que permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.** (conforme subitem 7.10 do Edital de Abertura)
- 6 O candidato deverá responder a Prova Escrita, utilizando-se, preferencialmente, de caneta esferográfica de tinta azul. Não será permitido o uso de lápis, marca textos, lapiseira/grafite e/ou borracha durante a realização da prova.
- 7 Preencha com cuidado a FOLHA DE RESPOSTAS, evitando rasuras. Eventuais marcas feitas nessa FOLHA, a partir do número **26**, serão desconsideradas.
- 8 Ao terminar a prova, entregue a FOLHA DE RESPOSTAS ao Fiscal da sala.
- 9 A duração da prova é de **duas horas e meia (2h30min)**, já incluído o tempo destinado ao preenchimento da FOLHA DE RESPOSTAS. Ao final desse prazo, a FOLHA DE RESPOSTAS será **imediatamente** recolhida.
- 10 O candidato somente poderá se retirar da sala de prova uma hora (1h) após o seu início. Se quiser levar o Caderno de Questões da Prova Escrita Objetiva, o candidato somente poderá se retirar da sala de prova uma hora e meia (1h30min) após o início. O Candidato não poderá anotar/copiar o gabarito de suas respostas de prova.
- 11 Após concluir a prova e se retirar da sala de prova, o candidato somente poderá se utilizar de sanitários nas dependências do local de prova, se for autorizado pela Coordenação do Prédio e estiver acompanhado de um fiscal. (conforme subitem 7.15.6 do Edital de Abertura)
- 12 A desobediência a qualquer uma das recomendações constantes nas presentes instruções poderá implicar a anulação da prova do candidato.

Boa prova!

01. Complete as lacunas.

Paciente masculino de 53 anos, submetido a transplante de células tronco hematopoiéticas alogênico há sete meses, encontra-se desde então em manejo para doença do enxerto contra o hospedeiro crônica com prednisona. Há cerca de sete dias refere febre e astenia. Hemograma com hemoglobina de 11,9 g/dL, leucócitos totais de 3.950 células/mm³ sendo 80% de segmentados, plaquetas 155.000/mm³. Antígeno galactomanana sérico negativo. Tomografia computadorizada de tórax abaixo.



Com base nesses dados, a hipótese mais provável é de _____, e o tratamento a ser empregado deve ser _____.

Assinale a alternativa que preenche correta e respectivamente as lacunas do trecho acima.

- (A) Aspergilose – voriconazol
- (B) Tuberculose – RHZE
- (C) Fusariose – anfotericina B
- (D) Nocardiose – sulfadiazina + pirimetamina
- (E) Mucormicose – voriconazol

02. Preencha os parênteses associando o antimicrobiano ao respectivo índice farmacocinético/farmacodinâmico.

- (1) Concentração máxima/concentração inibitória mínima
- (2) Percentual de tempo > concentração inibitória mínima
- (3) Área sob curva/concentração inibitória mínima

- () Ertapenem
- () Moxifloxacino
- () Gentamicina
- () Vancomicina

A sequência correta de preenchimento dos parênteses, de cima para baixo, é

- (A) 2 – 3 – 1 – 2.
- (B) 1 – 2 – 1 – 3.
- (C) 1 – 3 – 2 – 2.
- (D) 3 – 1 – 2 – 3.
- (E) 2 – 3 – 1 – 3.

03. Paciente neutropênico, febril após quimioterapia para leucemia mieloide aguda há nove dias, sem resposta a esquemas antimicrobianos (no momento em uso de meropenem e vancomicina há 72h + profilaxia com fluconazol), apresenta novo pico febril associado a calafrios. Foram colhidas hemoculturas que, após quatro dias, demonstram positividade para bacilo álcool ácido resistente. O agente etiológico mais provável e as opções terapêuticas para incluir no tratamento empírico são:

- (A) *Mycobacterium abscessus* – amicacina e claritromicina.
- (B) *Mycobacterium abscessus* – amicacina e ertapenem.
- (C) *Mycobacterium kansasii* – isoniazida e rifampicina.
- (D) *Mycobacterium kansasii* – etambutol e pirazinamida.
- (E) *Mycobacterium chelonae* – etambutol e minociclina.

04. Qual dos antimicrobianos abaixo não é hidrolisado por metalobetalactamases?

- (A) Doripenem.
- (B) Ceftarolina.
- (C) Cefoperazona.
- (D) Aztreonam.
- (E) Piperacilina.

05. Quais das seguintes bactérias são intrinsecamente resistentes às polimixinas?

- (A) *Proteus vulgaris* e *Enterobacter aerogenes*
- (B) *Stenotrophomonas maltophilia* e *Proteus pennerii*
- (C) *Morganella morganii* e *Providencia rettgerii*
- (D) *Acinetobacter pittii* e *Enterobacter cloacae*
- (E) *Acinetobacter nosocomialis* e *Providencia stuartii*

06. Considere os microrganismos em endocardite infecciosa de valva nativa.

- I - *Staphylococcus aureus* (Concentração Inibitória mínima de oxacilina = 1mg/L) / gentamicina = sensível
- II - *Enterococcus faecalis* (Concentração Inibitória mínima de penicilina = 0,5mg/L) / Negativo para resistência de alto nível à gentamicina
- III- *Streptococcus* grupo *viridans* (Concentração Inibitória mínima de penicilina = 0,06mg/L) / Negativo para resistência de alto nível à gentamicina

Na ausência de outra terapia de combinação, em qual das situações acima o uso de gentamicina associada à terapêutica com betalactâmico é obrigatório?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas III.
- (D) Apenas I e II.
- (E) Apenas II e III.

07. Considere as afirmativas abaixo sobre pneumonia adquirida na comunidade (PAC).

- I - Em pacientes que necessitam hospitalização, a terapia combinada de betalactâmico com um macrolídeo ou uma fluorquinolona só é necessária se houver necessidade de internação em unidade de terapia intensiva.
- II - Em pacientes com PAC e pneumococo isolado em hemocultura, o critério interpretativo de sensibilidade à penicilina a ser utilizado deve ser o recomendado para isolados de meningite.
- III- Vancomicina pode ser alternativa terapêutica para pneumonia por pneumococo com concentração inibitória mínima de penicilina = 16mg/L.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas III.
- (D) Apenas I e II.
- (E) Apenas II e III.

08. Paciente de 65 anos, com 50kg, apresenta pneumonia associada à ventilação mecânica por *Staphylococcus aureus* resistente à oxacilina, com concentração inibitória mínima de 2mg/L (determinada por microdiluição em caldo), em tratamento com vancomicina 60mg/kg/dia, divididos de 8/8h. No sétimo dia de terapia, apresenta melhora da curva térmica (febrículas), sem melhora do padrão ventilatório (ventilação mecânica, FI_{O_2} =50% e PEEP=12) e persiste com necessidade de vasopressor (0,5mcg/kg/minuto). Creatinina inicial 1,0 mg/dL e atual 1,4 mg/dL. Leucograma com 11.000 céls./mm³, com 5% bastões e 75% de neutrófilos (inicial 15.500 com 12% bastões e 80% neutrófilos). Rx tórax muito semelhante ao inicial. Qual a conduta mais adequada para esse momento?

- (A) Modificar terapia para linezolida 600mg IV 12/12h.
- (B) Solicitar vancocinemia e ajustar a dose de acordo com resultado.
- (C) Modificar terapia para daptomicina 8mg/kg/dia IV, 1 vez ao dia.
- (D) Otimizar padrão farmacocinético/farmacodinâmico da vancomicina por meio da administração em infusão contínua.
- (E) Associar daptomicina na dose de 6mg/kg/dia para tratamento de possível complicação infecciosa endovascular.

09. Sobre a terapia de infecções de corrente sanguínea por *Klebsiella pneumoniae* produtoras de carbapenemase (KPC-2 ou NDM-1), assinale a alternativa correta.

- (A) Terapia combinada é obrigatória em pacientes neutropênicos (nível de evidência A-II).
- (B) Tigeciclina em dose alta (100mg 12/12h) deve ser o agente preferencial, uma vez que essa não é afetada pela ação dessas enzimas.
- (C) Meropenem, imipenem ou doripenem devem preferencialmente fazer parte de combinação com polimixina B se a concentração inibitória mínima para qualquer um deles for <8mg/L.
- (D) Aminoglicosídeos são alternativas terapêuticas, mas aumentam o risco de miopatia em associação com polimixina B.
- (E) Esquemas tríplexes com polimixina B, meropenem e tigeciclina devem ser evitados pela demonstração de antagonismo *in vitro*.

10. Paciente transplantado renal, doador cadáver, na terceira semana pós-transplante, apresenta febre, mal-estar, leucopenia, plaquetopenia e alteração de enzimas hepáticas. RX tórax normal, exame de urina sem alterações dignas de nota, urocultura negativa. Creatinina estável. Frente a esse quadro clínico, a hipótese diagnóstica mais provável e o exame a ser solicitado no seguimento da investigação são respectivamente:

- (A) síndrome citomegálica – antigenemia para CMV.
- (B) hepatite aguda por HCV – PCR para HCV.
- (C) aspergilose pulmonar invasiva – tomografia de tórax.
- (D) hepatite por herpes vírus 6 – PCR para HHV-6.
- (E) cistite subaguda por BK vírus – PCR para BK vírus na urina.

11. Turista alemão de 40 anos que veio ao Brasil para assistir aos jogos da Copa do Mundo, apresenta-se à Emergência de hospital de Porto Alegre com quadro de febre de 39°C, cefaleia de forte intensidade, mialgias e náusea iniciado há 3 dias. Procura atendimento por apresentar agora vômitos. Não tem outras queixas. O hemograma apresenta hemoglobina de 10g/dL, 8200 leucócitos/mm³ (10% de bastonados e 78% de segmentados), plaquetas de 100.000 céls/mm³, TGP=145, TGO=212, fosfatase alcalina e bilirrubinas normais, creatinina 1,5g/dL. RX tórax e urinálise normais. Paciente está no Brasil há 10 dias, sendo que nos sete primeiros esteve no Rio de Janeiro. O mesmo é internado para hidratação parenteral e investigação diagnóstica. No segundo dia de internação segue sintomático para todos os sintomas apresentados e inicia com *rash* maculopapular eritematoso em punhos e tornozelos que no dia seguinte evoluem para palmas das mãos e plantas dos pés, membros superiores e inferiores. Com base nesses dados, a doença mais provável é

- (A) infecção por chikungunya.
- (B) dengue hemorrágico.
- (C) sarampo.
- (D) varicela.
- (E) infecção por *Rickettsia rickettsii*.

12. Paciente de 56 anos, masculino, diabético tipo II refere dor em região perineal à esquerda de moderada intensidade iniciada há dois dias. No momento apresenta febre, calafrios e vômitos profusos. Refere trauma em região escrotal três dias antes do aparecimento dos sintomas. Ao exame, apresenta-se desidratado, prostrado, febril e taquicárdico. Pressão arterial e frequência respiratória normais. Apresenta eritema doloroso à palpação, sem calor, com bordos mal definidos em região inguinal, que se estende para face interna da coxa e para região glútea. Hemograma normal. Ecografia realizada em caráter de urgência revela provável coleção líquida em região inguinal e presença de gás em planos profundos. Frente a esse quadro clínico, após colheita de hemoculturas, a conduta mais apropriada é

- (A) punção da coleção guiada por ecografia ou tomografia e início de ceftriaxona e clindamicina.
- (B) punção da coleção guiada por ecografia ou tomografia e início de clindamicina ou metronidazol.
- (C) início de vancomicina, ceftriaxona e metronidazol e agendar tomografia para melhor avaliação do quadro.
- (D) avaliação de cirurgião com vistas a amplo desbridamento e início de ciprofloxacino, penicilina cristalina e clindamicina.
- (E) avaliação de cirurgião com vistas à colheita de material para cultura e início de ceftriaxona e clindamicina.

13. Paciente procura atendimento em hospital de Porto Alegre, com quadro febril há 14 dias, cefaleia de fraca intensidade e dor abdominal. Apresentou artralguas leves no início do quadro. Ao exame físico, não se observaram alterações dignas de nota, exceto por temperatura axilar de 38,0°C. Dentre os achados acima, qual o que torna mais improvável o diagnóstico de dengue?

- (A) Ausência de viagem para zona endêmica.
- (B) Febre há 14 dias.
- (C) Cefaleia de fraca intensidade.
- (D) Artralguas.
- (E) Dor abdominal.

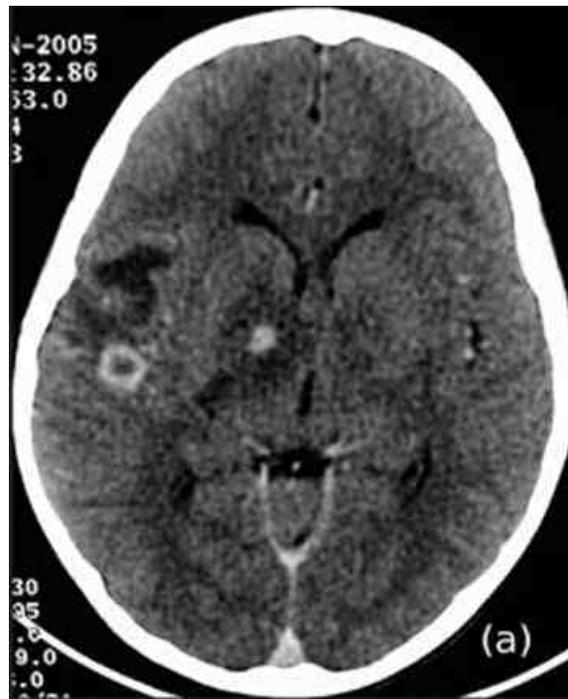
14. Considere os esquemas antirretrovirais abaixo:

- I - TDF+3TC+EFZ
- II - ABC+3TC+EFZ
- III- TDF+3TC+Atazanavir/r

Quais são os esquemas antirretrovirais que **NÃO** são recomendados quando houver carga viral HIV-1 >100.000 cópias/mL?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas III.
- (D) Apenas I e II.
- (E) Apenas I e III.

15. Paciente com diagnóstico de HIV há três anos, nunca fez uso de terapia antirretroviral. Foi trazido à Emergência após episódio de convulsão tônico-clônica generalizada. Após estabilização clínica, paciente foi submetido à tomografia de crânio com contraste, mostrada abaixo.



Assinale a afirmativa correta.

- (A) Sorologia para toxoplasmose IgG não reagente exclui o diagnóstico de neurotoxoplasmose.
- (B) O diagnóstico diferencial inclui leucoencefalopatia progressiva multifocal.
- (C) O uso de corticoesteroides está indicado de forma rotineira no tratamento desta infecção.
- (D) Terapia antirretroviral deve ser iniciada dentro das primeiras 72 horas do início do tratamento da infecção oportunista.
- (E) A detecção do *Toxoplasma gondii* no líquido através de PCR apresenta elevada especificidade.

16. São manifestações de imunossupressão avançada no HIV:

- (A) candidíase oral persistente e histoplasmose disseminada.
- (B) criptosporidiose intestinal crônica e leucoplasia oral pilosa.
- (C) anemia (Hb < 8g/dL) e periodontite aguda necrosante.
- (D) criptococose extrapulmonar e linfoma primário do sistema nervoso central.
- (E) sarcoma de Kaposi e angiomatose bacilar.

17. No que se refere à sífilis, considere as afirmações abaixo.

- I - Sífilis está associada ao maior risco de transmissão do HIV.
- II - Manifestações de sífilis secundária podem ser mais graves em pacientes com HIV/Aids.
- III - Pacientes diagnosticados com otossífilis ou sífilis ocular podem ser tratados com penicilina G benzatina.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas III.
- (C) Apenas I e II.
- (D) Apenas I e III.
- (E) I, II e III.

18. Assinale a alternativa **INCORRETA** em relação à candidíase disseminada crônica.

- (A) Está associada a pacientes em recuperação da contagem de neutrófilos (neutropênicos).
- (B) Hemoculturas são frequentemente positivas.
- (C) Pode ocorrer em pacientes com leucemia aguda que são submetidos à quimioterapia citotóxica.
- (D) A fosfatase alcalina usualmente apresenta-se elevada.
- (E) Está frequentemente associada à presença de microabscessos no fígado.

19. Paciente procura a Emergência com história de febre, perda de peso e aparecimento progressivo de pequenas lesões cutâneas nodulares no rosto, há 30 dias. No exame físico, além das lesões cutâneas, observa-se a presença de candidíase oral e hepatoesplenomegalia. Os métodos mais apropriados para diagnóstico desse paciente incluem

- (A) sorologia para HIV, biópsia de pele com exame anatomopatológico e cultura para micobactérias e sorologia (imunodifusão) para histoplasma.
- (B) fibrobroncoscopia com pesquisa direta e cultura para fungos no lavado brônquico, duas amostras de hemocultura automatizadas (BACTEC) e contagem de linfócitos CD4.
- (C) sorologia de HIV, antigenemia para citomegalovírus e exame ocular com fundoscopia.
- (D) biópsia de pele com exame anatomopatológico e cultura para fungos, duas amostras de hemoculturas (lise e centrifugação) e sorologia para HIV.
- (E) radiografia de tórax, fibrobroncoscopia com pesquisa direta e cultura para *Pneumocystis jirovecii* no lavado brônquico e sorologia para HIV.

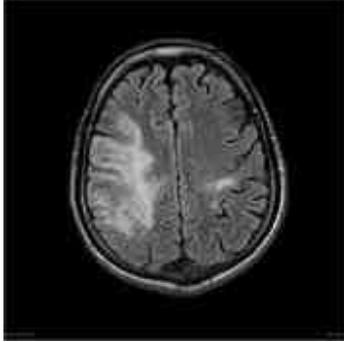
20. No que se refere à nefrotoxicidade relacionada ao tenofovir, assinale a alternativa correta.

- (A) acidose tubular renal e hipofosfatemia.
- (B) hiperglicemia e glicosúria, hipofosfatemia.
- (C) proteinúria e hiperfosfatemia.
- (D) hiperuricemia e proteinúria.
- (E) acidose tubular renal e hematúria.

21. Em relação às hepatites, é correto afirmar que

- (A) bocepravir, quando associado ao interferon alfa peguilado, não aumenta as taxas de resposta virológica sustentada em pacientes com genótipo 1.
- (B) a hepatite E pode apresentar manifestações extra-hepáticas como síndromes neurológicas e glomerulonefrite.
- (C) HCV subtipos 1 a 3 são os menos prevalentes na Europa e nos Estados Unidos.
- (D) a maioria dos pacientes infectados pelo HBV evolui para hepatite crônica e cirrose.
- (E) entecavir + lamivudina podem ser usados em casos de coinfeção hepatite C/HIV.

22. Professor de matemática, HIV-positivo, sem tratamento antirretroviral desde o seu diagnóstico há seis anos, vem apresentando dificuldades para efetuar operações simples de multiplicação e divisão nos últimos dois meses. Paciente ainda refere apresentar episódios de desequilíbrio e tonturas quando caminha rapidamente. Após a realização da ressonância magnética de crânio (abaixo), podemos afirmar, em relação à doença, que



- (A) a contagem de linfócitos CD4 do paciente é provavelmente superior a 150 células/mm^3 .
- (B) o prognóstico é bom, com resolução completa do quadro após o início do tratamento antirretroviral.
- (C) as alterações do liquor são específicas e incluem pleocitose neutrofílica, hipoglicorraquia e hiperproteiorraquia.
- (D) a detecção do agente etiológico por PCR no liquor é o método padrão-ouro para o diagnóstico.
- (E) oligodendrócitos e astrócitos são as principais células acometidas no SNC.

23. Paciente procura Emergência com febre, confusão mental, icterícia e dificuldade para respirar. Refere que o quadro iniciou abruptamente há cinco dias com náuseas, vômitos, cefaleia e dores musculares. Ao exame físico, paciente apresentava-se icterico, pressão arterial= 80/60 mmHg, frequência cardíaca= 130 bpm, frequência respiratória= 20 e temperatura= 40°C . Após a realização de microscopia de campo escuro da urina (figura abaixo), podemos afirmar, em relação a essa infecção, que



- (A) as bilirrubinas encontram-se muito elevadas e as enzimas hepáticas (ALT e AST) em níveis superiores a 1000U/L, na maioria dos casos.
- (B) o envolvimento renal é caracterizado inicialmente por insuficiência renal oligúrica com hipercalemia.
- (C) hemoptise em decorrência de hemorragia pulmonar pode ocorrer mesmo na ausência do acometimento hepático e renal.
- (D) a sorologia por aglutinação macroscópica é método sorológico de referência para o diagnóstico.
- (E) as culturas em meio sólido de urina e sangue detectam o microrganismo em um período inferior a 72 horas.

24. Paciente com AIDS, $\text{CD4} = 32 \text{ células/mm}^3$, procura a Emergência com quadro de febre, perda de peso e diarreia aquosa, sem evidência de sangue ou muco, com evolução de dois meses. Assinale a afirmativa correta sobre a investigação diagnóstica.

- (A) Sorologia IgM positiva para citomegalovírus confirma o diagnóstico.
- (B) Pesquisa de BAAR positiva nas fezes confirma o diagnóstico de tuberculose.
- (C) Teste de Mantoux não reator afasta o diagnóstico de tuberculose.
- (D) A possibilidade de infecção pelo complexo *Mycobacterium avium* deve ser considerada.
- (E) Antimicrobianos de amplo espectro podem ser utilizados como teste terapêutico.

25. Paciente em tratamento para tuberculose pulmonar bacilífera com esquema básico RHZE. Sem comorbidades, HIV não reagente. Escarro do início do tratamento com pesquisa de BAAR 3+. Escarro do segundo mês de tratamento com BAAR 2+.

Todas as afirmativas abaixo estão corretas, **EXCETO**:

- (A) a possibilidade de má adesão deve ser considerada.
- (B) é necessário avaliar se a dose de RHZE está adequada para o peso do paciente.
- (C) deve ser solicitada cultura para micobactéria e teste de sensibilidade, caso não tenha sido coletada no início do tratamento.
- (D) a adição de uma nova droga ao esquema não é recomendada.
- (E) deve ser considerada falha ao esquema básico e deve ser iniciado esquema para tuberculose multirresistente.

