

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2024/2025



TARDE

ANO ADICIONAL - TRANSPLANTE DE RIM - NEFROLOGIA R3 (AATRINET01)

PROVA OBJETIVA

TIPO 1



SUA PROVA

Além deste caderno de questões contendo oitenta questões objetivas, você receberá do fiscal de sala:

- uma folha de respostas para a marcação das alternativas



TEMPO

- **5 horas** é o período disponível para a realização da prova, **já incluído o tempo para a marcação da folha de respostas**
- **1 hora** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, sem levar o caderno de questões nem qualquer tipo de anotação de suas respostas
- **30 minutos** antes do término do período de prova, é possível retirar-se da sala **levando o caderno de questões**



NÃO SERÁ PERMITIDO

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova
- Usar o sanitário ao término da prova, após deixar a sala
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja este caderno de questões



INFORMAÇÕES GERAIS

- As questões objetivas têm cinco alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente uma delas está correta
- Verifique se este caderno de questões está completo e sem falhas de impressão. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências
- Na folha de respostas, confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preencher a folha de respostas
- **Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul**
- Assine seu nome apenas no espaço reservado na folha de respostas
- Confira o programa, a cor e o tipo do seu caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de questões com programa, cor ou tipo diferente do impresso em sua folha de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala
- O preenchimento das respostas é de sua responsabilidade e não será permitida a substituição da folha de respostas em caso de erro
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas na folha de respostas
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas

Boa sorte!

Nefrologia

1

Paciente feminina com 48 anos apresenta história de hipertensão arterial tratada irregularmente há 20 anos.

Para determinar o estadiamento de sua função renal, devem ser usados os seguintes biomarcadores:

- (A) albuminúria, creatinina sérica, creatinina urinária, cistatina C sérica;
- (B) albuminúria, creatinina sérica, cistatina C urinária, cistatina C sérica;
- (C) albuminúria, creatinina sérica, cistatina C urinária, creatinina urinária;
- (D) albuminúria, cistatina C sérica, creatinina urinária, cistatina C urinária;
- (E) creatinina sérica, cistatina C sérica, creatinina urinária, cistatina C urinária.

2

Paciente masculino de 42 anos, assintomático, realizou US em exame periódico que identificou cisto renal com 4 cm de diâmetro em rim direito. Sua tomografia computadorizada com contraste constatou cisto único em rim D com classificação de Bosniak III.

Esse resultado significa:

- (A) cisto renal simples benigno com parede fina, sem septos, calcificações ou componentes sólidos;
- (B) lesão cística benigna com septos finos com ou sem calcificações pequenas ou levemente espessadas;
- (C) cisto bem delimitado com múltiplos septos finos ou espessamento liso mínimo dos septos ou da parede, que pode conter calcificação, podendo ser espessa e nodular;
- (D) massa cística com paredes ou septos lisos ou irregulares espessados, sendo que 40% a 60% dos cistos são malignos e as lesões benignas incluem cistos hemorrágicos e cistos infectados;
- (E) massa cística certamente maligna.

3

Paciente masculino de 60 anos apresenta injúria renal aguda (IRA), associada a mieloma múltiplo (MM).

Para investigar a etiologia da IRA, é necessário considerar que:

- (A) as duas principais causas de insuficiência renal em pacientes com MM são a nefropatia de cadeias leves e a hipercalemia e que pacientes que não secretam cadeias leves não correm risco de terem lesão de mieloma renal;
- (B) o diagnóstico presuntivo de nefropatia por cadeias leves não depende da identificação de níveis elevados de cadeias leves circulantes;
- (C) biópsia renal não deve ser realizada em pacientes com outros fatores de risco potenciais para insuficiência renal associados;
- (D) pacientes com MM não apresentam depósito amiloide concomitante em tecido renal;
- (E) o cálcio ionizado só tem valor diagnóstico se o paciente apresentar nível sérico elevado de cálcio total, mas sem sintomas de hipercalemia.

4

Mulher de 55 anos, portadora de DRC estágio 5D, há 30 dias confeccionou fístula arteriovenosa em membro superior esquerdo através de anastomose de veia basílica do antebraço com a artéria ulnar. Após avaliar clinicamente o frêmito e a patência da veia, a existência de fluxo de saída, a capacidade de dilatação venosa com torniquete e a espessura da parede, os seguintes parâmetros do doppler vascular da FAV indicam viabilidade da punção para realização de hemodiálise:

- (A) diâmetro mínimo de 12 mm e fluxo de sangue de 300 ml/min;
- (B) diâmetro mínimo de 10 mm e fluxo de sangue < 500 ml/min;
- (C) diâmetro mínimo de 4 mm e fluxo de sangue > 500 ml/min;
- (D) diâmetro mínimo de 8 mm e fluxo de sangue > 800 ml/min;
- (E) diâmetro mínimo de 10mm e fluxo de sangue > 800 ml/min.

5

A principal causa de insuficiência renal nos pacientes tratados com diálise peritoneal é a glomeruloesclerose diabética. Nesses casos, tais pacientes podem necessitar de insulina para o combate glicêmico.

Sobre a administração de insulina, é correto afirmar que:

- (A) pode ser feita por via intraperitoneal, por via subcutânea ou por uma combinação de ambos;
- (B) quando feita por via intraperitoneal, a sua dose diária total deve ser reduzida;
- (C) se não for feita subcutânea, não promove controle adequado da glicose;
- (D) quando feita em bolsas de fluido de diálise, não confere risco de contaminação bacteriana e subsequente peritonite;
- (E) priorizada em pacientes diabéticos é por via peritoneal.

6

Os valores séricos de cistatina C podem ser utilizados na prática clínica para estimativa da taxa de filtração glomerular (eTFG) por meio de equações matemáticas.

Algumas condições clínicas interferem nas correlações entre os valores de cistatina C e a TFG, prejudicando a interpretação dos resultados, tais como:

- (A) doença cardiovascular;
- (B) doença tireoidiana;
- (C) doença pulmonar;
- (D) doença gastrointestinal;
- (E) doença neuromuscular.

7

A ciliopatia celular hereditária é causada por mutações proteicas que podem produzir um número variado de manifestações, incluindo degeneração retiniana, obesidade, comprometimento neuropsicomotor, polidactilia, cistos renais e defeitos na concentração urinária.

Essas condições caracterizam a síndrome de:

- (A) Fanconi;
- (B) Bartter;
- (C) Bardet-Biedl;
- (D) Gitelman;
- (E) Alport.

8

Em pacientes com doenças glomerulares, a intensidade da proteinúria é um importante indicador de prognóstico, sendo aqueles pacientes com faixa de proteinúria nefrótica os de maior risco de progressão para doença renal crônica estágio 5. A boa resposta ao tratamento farmacológico resulta na redução da proteinúria e pode ser constatada pelo seu monitoramento. O padrão-ouro de quantificação de proteína é a coleta de urina cronometrada (geralmente 24 horas), mas esse processo esbarra em imprecisões e em dificuldades associadas a coleta de grandes volumes de urina. A alternativa é a utilização da concentração urinária calculando a relação proteína/creatinina em amostra isolada de urina. Tanto proteína/creatinina (PCR) quanto albumina/creatinina (ACR) podem ser aferidas.

Quanto ao acompanhamento evolutivo de proteinúria, é correto afirmar que:

- (A) a relação proteína/creatinina (PCR, mg/mg ou g/g) não se correlaciona com a excreção diária de proteínas expressa em g/1,73 m² da área de superfície corporal;
- (B) os intervalos normais para PCR e ACR são < 300 mg/g e < 30 mg/g, respectivamente;
- (C) uma biópsia renal se justifica naqueles pacientes com diabetes de longa data e progressiva microalbuminúria;
- (D) pacientes hipertensos geralmente apresentam proteinúria nefrótica de início súbito;
- (E) pacientes com LES não têm indicação de biópsia renal se proteinúria < 1000 mg/24h.

9

Pacientes com DRC em hemodiálise ambulatorial apresentam hipotensão intradialítica (hipoD) como complicação mais comum do tratamento. Ela decorre de diferentes fatores e exige individualização de ultrafiltração criteriosa e otimização do regime anti-hipertensivo, que inclui a eventual interrupção da dose de medicamentos hipotensivos de curta ação antes da diálise. A detecção precoce da hipoD é importante, uma vez que alguns pacientes podem apresentar sintomas somente quando há uma queda muito acentuada da pressão arterial, o que prejudica o bem-estar do paciente e pode induzir arritmias cardíacas e predispor a síndromes coronarianas e/ou acidentes vasculares cerebrais.

Com base nas diretrizes do KDOQI, a hipoD é definida como:

- (A) diminuição da pressão arterial (PA) maior ou igual a 40 mmHg ou diminuição da pressão arterial média (PAM) em 10 mmHg, associadas a eventos clínicos;
- (B) pressão arterial (PA) sistólica < 90 mmHg ou PA diastólica < 60 mmHg, associadas a eventos clínicos;
- (C) diminuição da pressão arterial (PA) sistólica > 40 mmHg ou diminuição da PA diastólica > 20 mmHg, associadas a eventos clínicos;
- (D) diminuição da pressão arterial (PA) sistólica maior ou igual a 20 mmHg ou diminuição da PA diastólica maior ou igual a 10 mmHg, associadas a eventos clínicos;
- (E) diminuição da pressão arterial (PA) maior ou igual a 20 mmHg ou diminuição da pressão arterial média (PAM) em 10 mmHg, associadas a eventos clínicos.

10

Pacientes com DRC em tratamento por hemodiálise ambulatorial podem apresentar hipertensão intradialítica. Na prescrição do anti-hipertensivo para pacientes em HD, o nefrologista deve considerar o fato de o fármaco ser ou não dialisável, com vistas a garantir níveis sanguíneos e teciduais adequados do medicamento.

Nesse sentido, deve-se ter em mente que o seguinte medicamento antihipertensivo é dialisável:

- (A) antagonistas de canal de cálcio;
- (B) hidralazina;
- (C) inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA);
- (D) bloqueadores do receptor da angiotensina II;
- (E) moduladores adrenérgicos.

11

Como parte da prescrição do tratamento conservador dos pacientes adultos com DRC estável em estágios G3, G4 e G5 que não contam com suplementação com aminoácidos essenciais ou análogos de cetoadácidos, a orientação sobre a quantidade de proteína recomendada na dieta inclui:

- (A) ingestão proteica de 0,8 g/kg de peso corporal/dia;
- (B) ingestão de proteínas > 1,3 g/kg de peso corporal/dia;
- (C) ingestão proteica de 0,6 g/kg de peso corporal/dia;
- (D) ingestão proteica de 1,0 g/kg de peso corporal/dia;
- (E) ingestão proteica de 0,5 g/kg de peso corporal/dia.

12

Paciente feminina de 60 anos, com história de infecção urinária de repetição e urolitíase não abordada urologicamente, chegou à emergência apresentando dor lombar, febre de 38,5 °C, urina turva, com odor forte, hematúria macroscópica, piúria maça, e queda de estado geral. Sua tomografia computadorizada apresentava aumento difuso do rim e cálculo coraliforme em rim direito, com sinal da "pata de urso".

A conduta correta resultou em intervenção cirúrgica urológica devido ao diagnóstico de:

- (A) tumor renal;
- (B) estenose de junção pieloureteral;
- (C) pielonefrite xantogranulomatosa;
- (D) urolitíase;
- (E) tuberculose renal.

13

A escolha das características da membrana e da superfície dos dialisadores tem impacto direto nos resultados clínicos dos pacientes com doença renal crônica mantidos em hemodiálise. A evolução tecnológica resultou na preferência atual pelas membranas de alto fluxo. Os fluxos das membranas podem ser definidos de acordo com suas depurações das moléculas de beta-2-microglobulina.

As membranas de baixo, médio e alto fluxo apresentam, respectivamente, as seguintes taxas de depuração de beta-2-microglobulina:

- (A) < 30, 30-40 e > 50 ml/min;
- (B) < 10, 10 a 20 e > 20 mL/min;
- (C) < 50, 50-100 e > 100 ml/min;
- (D) < 40, 40-60 e > 60 ml/min;
- (E) < 100, 100 a 150 e > 150 ml/min.

14

Dentre os diferentes métodos de depuração extracorpórea disponíveis para tratamento da doença renal crônica, a hemodiafiltração (HDF) pode ser utilizada.

Esse método, além de depurar moléculas pequenas, aumenta a remoção de moléculas de tamanho médio e grande, na medida em que:

- (A) promove processos de difusão e convecção através da membrana do filtro;
- (B) promove apenas processo de alta convecção com filtro de membranas de alto fluxo;
- (C) utiliza depuração de grandes volumes com água ultrapura;
- (D) promove processo de alta difusão em filtro com grande área de superfície;
- (E) utiliza máquina específica para HDF com maior pressão transmembrana.

15

A doença de Von Hippel-Lindau (VHL) é uma síndrome hereditária autossômica dominante causada por variantes patogênicas da linha germinativa no gene VHL. Dentre as manifestações sistêmicas dos pacientes com doença VHL, estão múltiplos cistos renais e tumores renais.

A presença do gene VHL NÃO pode ser associada à manifestação patológica de:

- (A) carcinoma de células claras renais;
- (B) feocromocitoma;
- (C) cistos pancreáticos;
- (D) hemangioblastoma;
- (E) aneurisma de aorta.

16

A biópsia renal percutânea por agulha é amplamente utilizada para diagnóstico das doenças renais, especialmente nas glomerulopatias. Esse procedimento tem contra-indicação absoluta tendo como alternativa a obtenção de fragmento de biópsia do tecido renal feita apenas por via transjugular na seguinte situação de:

- (A) obesidade;
- (B) múltiplos cistos renais;
- (C) coagulopatia incontrolável;
- (D) tumor renal;
- (E) hidronefrose.

17

No tratamento de pacientes com doença renal crônica em regime ambulatorial, a legislação brasileira permite o uso de um mesmo filtro de hemodiálise, em um mesmo paciente, no máximo, por 20 vezes.

Para isso é necessário que seja praticado o reúso com equipamento automatizado e que o volume interno das fibras seja:

- (A) superior a 80% (oitenta por cento) do volume inicial;
- (B) superior a 20% (vinte por cento) do volume inicial;
- (C) superior a 30% (trinta por cento) do volume inicial;
- (D) inferior a 20% (vinte por cento) do volume inicial;
- (E) inferior a 30% (trinta por cento) do volume inicial.

18

As clínicas de hemodiálise ambulatorial recebem pacientes portadores de hepatite B, hepatite C e HIV para tratamento de DRC em condições especiais.

O reúso de dialisadores e linhas venosas nesses pacientes segue os seguintes critérios:

- (A) não podem ser reusados materiais em todos os pacientes com marcadores sorológicos positivos para essas viroses e que tenham doença em atividade;
- (B) não podem ser reusados materiais em pacientes com marcadores sorológicos positivos para essas viroses enquanto eles não forem submetidos a tratamento específico antiviral;
- (C) podem ser reusados materiais em pacientes com marcadores sorológicos positivos para essas viroses que estejam em vigência de tratamento específico antiviral;
- (D) podem ser reusados materiais em pacientes com marcadores sorológicos positivos para essas viroses, desde que tenham tido sucesso no tratamento específico antiviral;
- (E) não podem ser reusados materiais em pacientes com marcadores sorológicos positivos para essas viroses, sejam eles tratados ou não.

19

Considerando que a poliúria pode ser causada por diurese de soluto (osmótica) ou diurese de água e que a polidipsia primária ocorre ou por deficiência na secreção de hormônio anti-diurético (AHD-D) ou por resistência tecidual renal ao efeito do hormônio anti-diurético (AHD-R), os testes que estabelecem o diagnóstico diferencial entre deficiência e resistência ao ADH são:

- (A) osmolalidade plasmática, *clearance* osmolar;
- (B) osmolalidade urinária e *clearance* osmolar;
- (C) osmolalidade urinária e coceptina sérica;
- (D) excreção fracionada de sódio e osmolalidade plasmática;
- (E) *clearance* de água livre e osmolalidade urinária.

20

Uma das causas mais comuns da síndrome nefrótica em adultos não diabéticos é a nefropatia membranosa (MN), que acomete um terço dos diagnósticos por biópsia em algumas regiões. O padrão histopatológico da lesão revela espessamento da membrana basal glomerular (MBG) e depósitos subepiteliais com imunoglobulinas e pouca ou nenhuma reação inflamatória (proliferação ou infiltrado celular). Em adultos, 75% a 80% dos casos são considerados MN primária, causada por autoanticorpos, e cerca de 20% a 25% dos casos se devem a MN secundária.

Em relação à nefropatia membranosa, é correto afirmar que:

- (A) aproximadamente 70% a 80% dos pacientes com MN primária têm anticorpos anti-PLA2R circulantes, e a soropositividade anti-PLA2R se correlaciona com a atividade clínica da doença;
- (B) o receptor de fosfolipase A2 tipo M (PLA2R) é um receptor transmembrana que não se expressa na membrana dos podócitos;
- (C) apenas pacientes com MN secundária associada a infecção pelo vírus da hepatite B (HBV), neoplasias, uso de anti-inflamatório não esteroide (AINEs) ou sarcoidose apresentam PLA2R detectado nos depósitos imunológicos;
- (D) pacientes com MN secundária ao lúpus (LES) apresentam PLA2R detectado nos depósitos imunológicos;
- (E) a MN não recorre no enxerto após o transplante renal.

21

A síndrome de Liddle é uma condição genética autossômica dominante rara na qual os pacientes apresentam hipertensão, hipocalcemia e alcalose metabólica.

As manifestações dessa síndrome se devem a distúrbios tubulares que envolvem:

- (A) excesso permanente de mineralocorticoides;
- (B) redução primária na reabsorção de sódio nos túbulos coletores pelo canal de sódio epitelial (ENaC);
- (C) aumento primário na reabsorção de sódio nos túbulos coletores pelo canal de sódio epitelial (ENaC);
- (D) deficiência dos canais de sódio insensíveis à amilorida;
- (E) hiperatividade dos canais de potássio sensíveis à aldosterona.

22

Um paciente de 48 anos é portador de doença renal crônica estágio 05, em programa regular de hemodiálise, 3 vezes por semana, com sessões de 4 horas, há 8 meses. Apesar da boa adequação ao tratamento, apresenta doença mineral óssea, sem sintomas clínicos. Seus exames laboratoriais demonstram cálcio a 11.5 mg%, fósforo a 6,2 mg%, 25-hidroxivitamina D a 45 mcg e PTH molécula intacta a 800 pg/ml e fosfatase alcalina a 350 U/L.

A conduta terapêutica a ser seguida é:

- (A) iniciar acetato de cálcio e calcitriol;
- (B) iniciar sevelamer e paracalcitol;
- (C) encaminhar para paratireoidectomia;
- (D) iniciar sevelamer e cinacalcete;
- (E) iniciar sevelamer e reavaliar.

23

Os pacientes que estão no grupo de risco para doença renal crônica devem utilizar a medição da albumina na urina e a avaliação da taxa de filtração glomerular (TFG).

A prova da cronicidade (duração mínima de 3 meses) pode ser estabelecida por:

- (A) revisão de medições/estimativas anteriores da TFG;
- (B) revisão de medicações anteriores;
- (C) achados de imagem com rins de tamanho normal e espessura cortical também dentro da normalidade;
- (D) ausência de histórico médico para condições conhecidas por causar ou contribuir para a DRC;
- (E) revisão das alterações clínicas e laboratoriais em 6 meses, para definição temporal.

24

Um paciente de 62 anos, alcoolista de longa data, em acompanhamento irregular, evoluiu com quadro de cirrose hepática e passou a apresentar quadro de proteinúria de 700 mg na urina de 24 horas e episódios de hematúria microscópica persistente, de padrão glomerular. Não apresentou alteração de função renal ou disnatremia.

O provável diagnóstico é:

- (A) síndrome hepatorenal tipo I;
- (B) glomerulonefrite membranosa;
- (C) crioglobulinemia;
- (D) nefropatia por IgA;
- (E) poliarterite nodosa.

25

Um paciente de 56 anos, portador, há cerca de 5 anos, de doença renal crônica dialítica, por doença renal policística, é submetido a transplante renal de doador cadáver, com sucesso. Após 5 meses do transplante, mantém-se assintomático, mas apresenta elevação persistente da creatinina sérica e presença de proteinúria acima de 500 mg em 24 horas.

Em relação a esse caso, é correto afirmar que:

- (A) o diagnóstico de rejeição aguda é atualmente definido histologicamente pela biópsia do aloenxerto renal;
- (B) a infecção por citomegalovírus pode se manifestar como aumento da creatinina sérica, com aspecto histológico da biópsia renal indistinguível da rejeição;
- (C) a melhor abordagem é a revisão das medicações imunossupressoras. O arsenal terapêutico inclui metilprednisolona, timoglobulina, imunoglobulina humana e plasmaferese;
- (D) trata-se de quadro de rejeição crônica, definido pelo tempo após o transplante renal;
- (E) existem achados laboratoriais específicos que podem diagnosticar com precisão a rejeição aguda.

26

Um paciente de 45 anos, portador de doença renal crônica dialítica, de causa indeterminada, apresenta, no exame físico, déficit auditivo e catarata (em acompanhamento com oftalmologista). Realizou transplante renal, com doador cadáver, e, após 6 meses de transplante, apresenta quadro de síndrome nefrítica e hemoptóicos, evoluindo rapidamente com a perda do enxerto.

A biópsia renal provavelmente evidenciou:

- (A) síndrome de anticorpos de membrana basal glomerular;
- (B) glomeruloesclerose segmental e focal de novo;
- (C) rejeição aguda de transplante;
- (D) rejeição superaguda de transplante;
- (E) trombose de veia renal.

27

Um paciente jovem, de 23 anos, sem comorbidades, apresenta como atividade esportiva o atletismo. Ele foi encaminhado ao nefrologista, por seu clínico geral, por apresentar, na avaliação laboratorial de rotina, elevação de creatinina (1,5 mg% - VR até 0,9 mg%), estando todos os demais exames laboratoriais e sorologias negativos. Trouxe à consulta, também, ultrassonografia normal, exame de urina sem alterações e dosagem de albuminúria em amostra de urina, também sem alterações. Não possuía nenhuma investigação renal prévia.

No que se refere à investigação clínica, a conduta apropriada é:

- (A) repetir os exames, após orientar dieta hipoproteica;
- (B) solicitar dosagem de cistatina C;
- (C) expandir a investigação de doença renal para doenças autoimunes, genéticas e doença de depósito;
- (D) solicitar cintilografia renal DTPA e DMSA;
- (E) avaliar a indicação de biópsia renal.

28

Uma paciente de 57 anos é portadora de doença renal por diabetes não proteinúria e está em uso de enalapril, dapaglicozina, insulina basaglar e rosuvastatina, mantendo hemoglobina glicada 6,2%, ureia 72 mg%, creatinina 1,9 mg%, potássio 5,2 mEq/L; lipidograma, 25-hidroxivitamina D e PTH molécula intacta com valores normais; albumina sérica de 4,2 mg% e bicarbonato de 20 mEq/L. A avaliação da TFG, caracterizada por CKD EPI, define como DRC estágio 04.

Em relação a essa paciente, a conduta adequada:

- (A) retirar dapaglicozina, iniciar reposição de bicarbonato e otimizar dieta para doença renal crônica;
- (B) retirar rosuvastatina e dapaglicozina, pelo risco de polifarmácia, e otimizar dieta para doença renal crônica;
- (C) manter a medicação em uso, associar bicarbonato oral e otimizar a dieta para doença renal crônica;
- (D) otimizar dieta para doença renal crônica;
- (E) encaminhar para terapia renal substitutiva.

29

Um paciente de 36 anos, portador de HIV, mantém acompanhamento regular há cerca de 6 anos com antirretrovirais, sem ação nefrotóxica. Evoluiu com quadro de síndrome nefrítica e nefrótica de rápida evolução, associada a injúria renal aguda estágio 3, com consumo de complemento. O paciente apresenta-se acidêmico e algo desorientado. As sorologias de hepatite B, C, VDRL e toxoplasmose que o paciente realizou 30 dias antes do início do evento estão negativas.

A conduta apropriada é:

- (A) realizar o cálculo do ânion *gap*, corrigir a acidose e iniciar pulsoterapia com metilprednisolona e investigação laboratorial para doenças de autoimunidade;
- (B) iniciar terapia renal substitutiva, estabilizar a paciente e programar biópsia renal associada a investigação de causas secundárias;
- (C) corrigir a acidemia e iniciar associação de corticoterapia oral com micofenolato mofetil, em caráter de urgência, ao lado do início de investigação laboratorial;
- (D) iniciar investigação para vasculites e glomerulopatias associadas a imunocomplexo, repetir as sorologias e manter medidas de suporte como diuréticos de alça, IECA ou BRA;
- (E) considerar a possibilidade de nefropatia por HIV, reavaliando as dosagens de CD4 e CD8 e reajustando os antirretrovirais.

30

Um paciente de 58 anos, em acompanhamento ambulatorial regular, portador de doença renal crônica estágio 03B por doença renal do diabetes proteinúrico, encontra-se em uso de insulina basaglar, captopril, rosuvastatina e dapaglicozina. Apresenta bom controle metabólico, sem piora das escórias nitrogenadas em relação a avaliações clínica e laboratorial prévias. Encontra-se assintomático. Apresenta, porém, ácido úrico sérico de 7,5 mg%.

A conduta apropriada nesse caso é:

- (A) iniciar inibidor de xantina oxidase, em dose corrigida, para evitar a progressão da doença renal;
- (B) iniciar colchicina, em dose profilática;
- (C) utilizar bicarbonato de sódio oral;
- (D) manter a conduta farmacológica;
- (E) evitar a ingestão de vegetais, como cogumelos, espinafre e brócolis.

31

Durante plantão em unidade de pronto atendimento, dá entrada uma paciente de 27 anos, sonolenta, acompanhada de um parente. O familiar refere que ela apresenta quadro psiquiátrico, mas não sabe informar a terapêutica, porém credita o torpor ao uso inadequado dessas medicações. Ao exame físico, a paciente encontra-se em anasarca, com PA 102/77, FC 87 bpm, sem turgência, RCR 2 tempos, bulhas hipofonéticas. Exames liberados na urgência apresentam hemograma dentro de parâmetros de normalidade, ureia 35 mg%, creatinina 0,7mg%, sódio 158 mEq/L, potássio 3,8, lactato 0,6 e gasometria normal. EAS tipo 1 com proteína 4+/4, sem outras alterações.

A hipótese diagnóstica é:

- (A) glomerulonefrite membranosa;
- (B) glomerulonefrite membranoproliferativa;
- (C) glomeruloesclerose segmentar e focal;
- (D) lesão mínima;
- (E) nefropatia lúpica.

32

Uma paciente de 44 anos, sem comorbidade, chega a Emergência com quadro de náuseas e vômitos, sem relato de redução do volume urinário, febril e com *rash* cutâneo. Refere também estar em uso de cefalosporina e nimesulida prescrita por ter quadro de faringite (sic). A paciente encontra-se corada, hipodratada, com sinais vitais normais, porém com elevação de escórias nitrogenadas (ureia 156 mg%, creatinina 3,2 mg%) e hemograma normal, à exceção de eosinofilia e aumento de proteína C reativa. O EAS é inespecífico. A paciente foi transferida para um hospital geral, pois a unidade não possui recursos e conta com poucos exames laboratoriais.

Ainda assim, o médico estabelece como sua hipótese diagnóstica:

- (A) injúria renal aguda pré-renal;
- (B) necrose tubular aguda;
- (C) glomerulonefrite rapidamente progressiva;
- (D) nefrite intersticial aguda;
- (E) gastroenterite e desidratação.

33

Um paciente de 57 anos, obeso, portador de hipertensão arterial sistêmica, com função renal normal e albuminúria persistente na faixa de 150 mg/g de creatinina encontra-se em uso de dapaglicozina, prescrito recentemente pelo endocrinologista. Apresenta histórico de doença cardíaca isquêmica com implante de *stent*. Por fazer uso de vários medicamentos como valsartana potássica, rosuvastatina, insulina basaglar e antiagregante plaquetário e apresentar excelente controle metabólico, solicita a retirada da medicação, pois não vê sentido em mantê-la.

A conduta adequada é:

- (A) retirar a medicação pelo risco de polifarmácia e efeitos colaterais;
- (B) retirar a medicação, pois o paciente apresenta controle metabólico rigoroso, uso de anti-hipertensivos e anti-proteinúrico e condições de prevenção para doença renal crônica;
- (C) retirar a medicação, porém com a ressalva de que poderá reiniciá-la caso ocorra alguma elevação na creatinina;
- (D) explicar que, apesar de não apresentar doença renal crônica, a classe de medicamento é importante pois tem ação cárdio e nefroprotetora;
- (E) manter a medicação.

34

Um paciente de 62 anos, portador de cirrose Child-Pugh classe C, apresenta elevação de creatinina nos últimos 3 meses, porém mantendo valores abaixo de 0,95 mg%, e refere ter observado redução da diurese (sic).

Esse quadro clínico indica que:

- (A) o paciente apresenta síndrome hepatorenal tipo 1;
- (B) o paciente apresenta síndrome hepatorenal tipo 2;
- (C) o paciente apresenta injúria renal aguda pré-renal;
- (D) o paciente não está doente, pois a elevação da creatinina mantém-se dentro dos padrões de normalidade;
- (E) o paciente apresenta necrose tubular aguda.

35

Um paciente de 21 anos, sem comorbidade, tem relato pela mãe de dieta inadequada, predominantemente constituída por alimentos industrializados e ultraprocessados. Apresenta, há cerca de 5 meses, quadro de fraqueza muscular leve a moderada. Realizou investigação neurológica, endocrinológica e laboratorial (hemograma, glicemia, dosagens hormonais, dosagem de zinco, escórias nitrogenadas, vitamina B12, sódio e potássio), apresentando apenas dosagem sérica de potássio entre 3 a 3,3 mEq/L, refratária a reposição oral.

A hipótese diagnóstica é:

- (A) síndrome de Batter;
- (B) síndrome de Gitelman;
- (C) acidose tubular renal tipo 3;
- (D) acidose tubular renal tipo 1;
- (E) hipomagnesemia.

36

Um paciente americano, de 38 anos, afrodescendente, comparece ao consultório do médico com quadro de hipertensão arterial controlada há quatro anos. Apresenta elevação progressiva da creatinina sérica nos últimos 2 anos (atualmente, 2 mg%), além de proteinúria de 900 mg na urina de 24 horas. O EAS é normal, salvo a presença de proteínas. Traz exames realizados por outro médico (ultrassonografia e doppler de artérias renais normais, sorologias, investigação reumatológica, imunoeletroforese de proteína sérica e urinária, ambas sem padrão monoclonal). O paciente solicita uma segunda opinião, já que foi indicada biópsia renal.

A conduta adequada é:

- (A) concordar com a biópsia renal;
- (B) solicitar exames de imagem tomográficas;
- (C) solicitar novamente doppler das artérias renais;
- (D) solicitar painel genético;
- (E) definir que, pelo período, o paciente apresenta doença renal crônica, iniciando medidas como dieta com restrição de proteína e dapaglicozina.

37

Uma paciente gestante de 32 semanas é encaminhada por apresentar hipertensão gestacional controlada. O exame físico, laboratorial e último ultrassom estão normais, e a paciente não apresenta albuminúria. No EAS, porém, observa-se presença de glicose +++, apesar de a paciente não ser diabética.

A conduta adequada é:

- (A) após o puerpério, iniciar investigação para doença glomerular;
- (B) após o puerpério, iniciar investigação para tubulopatia proximal;
- (C) após o puerpério, iniciar investigação para tubulopatia distal;
- (D) após o puerpério, repetir o EAS;
- (E) não afastar um quadro de diabetes gestacional, apesar da glicemia e hemoglobina glicada normais, solicitando dosagem de insulina e marcadores de resistência insulínica.

38

Uma paciente com diagnóstico clínico e laboratorial de lúpus passa a apresentar quadro de hematúria microscópica e proteinúria (180 mg/24 horas), mas com função renal normal. Ela realiza uma biópsia renal, que evidencia, na microscopia óptica e imunofluorescência, a presença de glomérulos com hiperplasmicidade mesangial e expansão do mesângio, além da presença de depósitos imunológicos.

A classificação da nefropatia lúpica é:

- (A) classe I;
- (B) classe II;
- (C) classe III;
- (D) classe IV;
- (E) classe V.

39

Lesões glomerulares foram relatadas em uma minoria de pacientes com covid-19, durante a pandemia. Esses pacientes apresentaram proteinúria de nível nefrótico e injúria renal aguda (IRA).

Nessa condição, a glomerulopatia associada com maior frequência é:

- (A) glomeruloesclerose segmentar e focal colapsante;
- (B) nefropatia por IgA;
- (C) crioglobulinemia;
- (D) glomerulonefrite membranosa;
- (E) glomerulonefrite membranoproliferativa.

40

Uma paciente de 54 anos, com história familiar de doença renal policística (mãe e irmão), procura o nefrologista com um exame de imagem (ultrassonografia) sem a presença de cistos.

A conduta adequada é:

- (A) solicitar tomografia computadorizada;
- (B) solicitar painel genético;
- (C) solicitar que repita o exame de imagem anualmente;
- (D) orientar quanto à necessidade de hidratação oral e fazer restrição de sal;
- (E) explicar que critérios de ultrassonografia para diagnóstico e exclusão de doença renal policística em familiares portadores da doença a excluem dessa condição.

41

Paciente masculino, 18 anos, com hipocalcemia e PA = 120 X 70 mmHg. Exames mostravam: sangue: creatinina: 1,0 mg/dL, aldosterona: 3.3 ng/dL, renina: 70.1 pg/mL, Na⁺: 139 mEq/L, K⁺: 3,3 mEq/L, Cl⁻: 106 mmol/L. Urina de 24 horas: Mg⁺⁺: 78 mg/24 horas, Ca⁺⁺: 420 mg/24 horas. Estudo genético mostra mutação no gene CLCNKB.

O paciente apresenta o diagnóstico de:

- (A) pseudohipoaldosteronismo tipo 1A;
- (B) síndrome de Bartter tipo 3;
- (C) síndrome de Gitelman;
- (D) síndrome de EAST;
- (E) pseudohipoaldosteronismo tipo 1.

42

Paciente masculino, 29 anos, 70 kg, trouxe exames na consulta: creatinina sérica: 0,98 mg/dL, volume de urina: 1200 mL/24 horas, creatinina urinária: 600 mg/24 horas. ClCr = 52,9 mL/min/1,73 m². Exames realizados há 4 meses mostravam ClCr = 75,9 mL/min/1,73 m².

A avaliação da função renal mostra que o paciente apresenta:

- (A) doença renal crônica estágio I;
- (B) doença renal crônica estágio II;
- (C) função renal normal;
- (D) doença renal crônica estágio IIIa;
- (E) doença renal crônica estágio IIIb.

43

Paciente com litíase renal recorrente e em uso de citrato de potássio. Exames mostravam: EAS: densidade 1016, pH 6.9, Hb ++/4+, leucócitos 10/campo, hemácias 28/campo, com presença de cristais hexagonais. Urina mg/24 horas: Ca⁺⁺: 260 mg, P: 1250 mg, ácido úrico: 710 mg, citrato: 620 mg, cistina: 467 mg, oxalato: 21 mg.

Além do aumento da ingestão de líquidos, pode-se iniciar:

- (A) solução de Joulie;
- (B) N-mercatopurina;
- (C) solução de Albright;
- (D) D-penicilamina;
- (E) solução de Shohl.

44

Paciente com síndrome nefrótica. A biópsia renal mostrou: MO: 9 glomérulos, 3 com áreas segmentares de esclerose e sinéquias à capsula de Bowman, entremeadas por células xantomatosas. IF: 5 glomérulos, 2 apresentam anti-IgM e C3 positivas na periferia do lóbulo glomerular. ME: apagamento generalizado do processo podocitário (> 95%).

As alterações histopatológicas apontam para o diagnóstico de:

- (A) GESF primária;
- (B) glomerulonefrite colapsante;
- (C) GESF secundária a doença genética;
- (D) GESF secundária a outras causas;
- (E) glomerulonefrite esclerosante.

45

Paciente de 56 anos, portador de diabetes tipo 2 há 6 anos, com controle adequado da glicemia, PA = 120 X 80 mmHg, IMC= 18,4 Kg/m². CKD-EPI = 56,2 mL/min/1,73 m², proteinúria = 1.1 g/ 24 horas.

Para contribuir com a proteção cardiorenal nesse paciente, pode-se associar ao tratamento:

- (A) losartana / alisquireno;
- (B) dapaglifozina / bosentana;
- (C) enalapril / tirzepatida;
- (D) empaglifozina / finerenona;
- (E) eplerona / semaglutida.

46

Paciente com diagnóstico de cistos renais há 5 anos. Há 30 dias teve episódio de dor lombar direita e hematúria microscópica. A tomografia computadorizada mostrou: rim direito: presença de cisto de 1,2 cm Bosniak I; rim esquerdo: presença de 2 cistos, sendo um de 1,9 cm Bosniak II e outro de 1,6 cm Bosniak IIF.

Devido ao quadro clínico e ao exame de imagem, deve-se:

- (A) fazer acompanhamento semestral com ressonância magnética;
- (B) encaminhar o paciente para avaliação da oncologia;
- (C) solicitar realização de PET Scan;
- (D) encaminhar o paciente para urologia para procedimento cirúrgico;
- (E) fazer acompanhamento semestral com ultrassonografia.

47

Paciente portador de cirrose hepática. Exames no 1º dia de internação mostravam: sangue: creatinina: 1,0 mg/dL; urina: NGAL: 28,4 ng/dL. No 3º dia de internação, após reposição volêmica adequada, exames mostravam: creatinina sérica: 1,5 mg/dL.

As alterações laboratoriais são compatíveis com o diagnóstico de:

- (A) síndrome cardiorenal;
- (B) insuficiência renal pré-renal;
- (C) síndrome hepatorenal;
- (D) doença renal crônica;
- (E) necrose tubular aguda.

48

Paciente soropositivo em uso de tenofovir + zidovudina + indinavir + lamivudina. Foi encaminhado ao ambulatório de nefrologia devido a quadro de litíase renal recorrente após o início do TARV e relata a ingestão de 2 a 3 litros de líquidos por dia.

Na conduta inicial, deve-se:

- (A) iniciar NaHCO₃;
- (B) substituir o indinavir;
- (C) iniciar citrato de potássio;
- (D) substituir o tenofovir;
- (E) iniciar solução de Shohl.

49

Na internação, o paciente apresentava peso: 70 kg, PA = 110 X 60 mmHg e creatinina sérica: 0,81 mg/dL. Exame realizado após 48 horas mostrava creatinina sérica: 1,22 mg/dL, e a coleta de urina mostrou: 400mL/12 horas. Feito o teste de estresse com furosemida: volume urinário: 160 mL/2 horas.

Quanto à injúria renal aguda (IRA), é correto afirmar que o paciente apresenta:

- (A) IRA estágio 1 KDIGO;
- (B) IRA pré-renal;
- (C) IRA estágio 2 KDIGO;
- (D) nefrite túbulo intersticial;
- (E) IRA estágio 3 KDIGO.

50

Paciente de 18 anos, saudável, sem comorbidades prévias. No exame pré-admissional, foram observados: PA = 120 X 70 mmHg, creatinina sérica = 0,9 mg%; EAS = densidade 1013, pH = 6,1, leucócitos = 1/campo, hemácias = 2/campo; US de vias urinárias: RE: 11,5 X 5,4 X 5,2 e RD: 7,5 X 2,2 X 4,5; cintigrafia renal com DTPA com acúmulo e concentração do contraste = RE normais e RD diminuídas. TFG: RE = 69.1 e RD: 30.9. DMSA com acúmulo do contraste: RD = 18,75% e RE = 81,25%.

As alterações observadas são sugestivas de:

- (A) rim de Ask-Upmark;
- (B) pielonefrite crônica;
- (C) fibrodisplasia de artéria renal;
- (D) hipoplasia renal unilateral;
- (E) seqüela de refluxo vesico-ureteral.

51

Paciente 66 anos, com hipotireoidismo há 12 anos e hipertensão arterial (HA) há 3 anos. No exame físico: sem edemas, PA = 130 X 80 mmHg e IMC: 23,1 kg/m². Exames mostravam: sangue: creatinina: 1,0 mg%, TSH: 1,2 µUI/mL, T4L: 1,3 ng/dL, aldosterona: 17 ng/dL. Polissonografia: apneia obstrutiva do sono. Doppler de artérias renais: direita: obstrução de 30% no terço proximal e esquerda: normal.

Após análise do quadro clínico laboratorial da paciente, é correto afirmar que se trata de:

- (A) HA secundária a apneia do sono;
- (B) HA primária;
- (C) HA secundária ao hipotireoidismo;
- (D) HA renovascular;
- (E) HA secundária ao hiperaldosteronismo.

52

Paciente com glomerulonefrite membranosa, em uso de losartana e dapaglifozina. Exames mostravam: ClCr: 96,1 mL/min/1,73m² e Pu: 4,6g/24 horas, C3: 80 mg/dL, C4: 12 mg/dL, anti PLA2R: 181 U/R, albumina sérica: 3,5 g/dL.

A avaliação clínica da paciente mostra a indicação de iniciar:

- (A) micofenolato mofetil;
- (B) itacopan;
- (C) esparsentana;
- (D) tizerpatida;
- (E) ciclofosfamida.

53

Paciente assintomática. Exame de urina coletado durante a menstruação mostrou: EAS: urina turva, densidade: 1012, pH: 6.2, Hb: ++/4+, nitrito: positivo, leucócitos: 39/campo, hemácias: 82/campo, presença de cilindros hemáticos e granuloses, presença de leveduras e bactérias.

A presença de hemácias na urina é secundária a:

- (A) infecção urinária;
- (B) menstruação;
- (C) hematúria glomerular;
- (D) bacteriúria assintomática;
- (E) hematúria não glomerular.

54

Paciente portador de hipertensão arterial + doença renal crônica estágio 5D e em tratamento com hemodiálise (HD). No exame antes do início da sessão de HD, verifica-se: PA = 130 X 90 mmHg. Na ultrassonografia "point-of-care" (Pocus): presença de linhas B. Deve-se incluir na prescrição da HD:

- (A) manutenção do Prime;
- (B) aumento do sódio no dialisato;
- (C) ultrafiltração;
- (D) fluxo de sangue de 200 mL/min;
- (E) hemodiálise por 5 horas.

55

Paciente de 61 anos, com dor lombar há 5 dias, realizou exames de urina, que mostraram: relação proteína/creatinina: 1,8 g/g e EAS: urina turva, densidade: 1015, pH: 6,0, nitrito positivo, proteína ausente, Hb ++/4+, leucócitos 20/campo, hemácias 3/campo.

A análise do quadro clínico mostra que se trata de proteinúria:

- (A) glomerular;
- (B) de sobrecarga;
- (C) tubular;
- (D) funcional;
- (E) secundária a infecção urinária.

56

Paciente com injúria renal aguda (IRA) por provável nefrite tubulointersticial aguda (NTA). NA IRA, podemos encontrar o aumento quantitativo de vários marcadores biológicos.

O marcador que melhor se correlaciona com o diagnóstico de NTA é:

- (A) NGAL;
- (B) KIM1;
- (C) IL-8;
- (D) L-FABP;
- (E) CXCL9.

57

Paciente em tratamento de substituição da função renal com hemodiálise há 2 anos. Teve diagnóstico de câncer epitelial de ovário estágio C1.

Após a conclusão do tratamento, o transplante renal:

- (A) pode ser realizado entre 1 e 3 anos;
- (B) pode ser realizado entre 3 e 5 anos;
- (C) pode ser realizado imediatamente;
- (D) pode ser realizado após 5 anos;
- (E) tem sua realização contraindicada.

58

Paciente saudável, vegana, procura a UPA por apresentar urina sanguinolenta. Exames mostravam: sangue: Hg: 12,8 g/dL, Ht: 38,3%, bilirrubinas: total: 1,4 mg/dL, direta: 0,20 mg/dL, indireta: 1,2 mg/dL e CPK: 216 U/L. Urina: EAS: cor: vermelho claro, densidade: 1016, pH: 5,9, urobilinogênio: +/4+, Hb +/4+, leucócitos 2/campo, hemácias 1/campo, cristais de oxalato de cálcio.

A provável causa da alteração da cor da urina é:

- (A) alcaptonúria;
- (B) mioglobínúria;
- (C) urobilinogenúria;
- (D) hipercalcúria;
- (E) antocianinúria.

59

Paciente em tratamento com carbonato de lítio. Exames mostravam: urina: EAS: densidade: 1010, pH: 5,4, Hb: +/4+ leucócitos: 6/campo, hemácias: 12/campo, cristais de oxalato de cálcio. sangue: Ca⁺⁺: 9,8 mg/dL, 25(OH)D: 61 ng/mL, HCO₃: 10mEq/L, Na⁺: 139 mEq/L, K⁺: 3,4 mEq/L, creatinina: 1,6 mg%. Ultrassonografia de vias urinárias mostra a presença de microcálculos bilaterais.

O quadro clínico laboratorial aponta para o diagnóstico de:

- (A) hiperossalúria primária;
- (B) acidose tubular tipo 1;
- (C) hipercalcúria idiopática;
- (D) acidose tubular tipo 2;
- (E) acidose tubular tipo 4.

60

Paciente com síndrome nefrítica-nefrotica e em uso de enalapril e dapaglifosina. A biópsia renal mostrou: nefropatia por IgA MEST = 2, C = 0.

Essa paciente apresenta indicação de iniciar tratamento com:

- (A) budesonida;
- (B) semaglutida;
- (C) ciclofosfamida;
- (D) rituximabe;
- (E) ambrisentana.

61

Paciente portador de doença renal crônica (DRC) estágio 5D, de causa indeterminada, em tratamento com hemodiálise. O exame de exoma completo para pesquisa de doenças genéticas mostrou mutações no gene UMOD.

A DRC do paciente é secundária a:

- (A) doença renal túbulo-intersticial autossômica dominante;
- (B) doença de Fabry;
- (C) anomalias congênitas dos rins e do trato urinário;
- (D) síndrome de Alport;
- (E) doença renal policística autossômica dominante.

62

Paciente hipertenso e em uso de hidralazina e atenolol há 10 anos. Na consulta apresentava bom estado geral e queixas de dor lombar inespecífica. A tomografia computadorizada mostrava: hidronefrose bilateral, presença de massa retroperitoneal confluyente, com atenuação homogênea semelhante ao músculo, que envolve a aorta e veia cava e causa desvio medial dos ureteres, sem adenomegalias.

O diagnóstico provável é:

- (A) tuberculose retroperitoneal;
- (B) sarcoma retroperitoneal;
- (C) fibrose retroperitoneal;
- (D) actinomicose retroperitoneal;
- (E) linfoma não Hodgkin.

63

Paciente com glomerulosclerose segmentar e focal, PA = 120 X 80 mmHg, proteinúria (Pu): 0,9 g/24horas, em tratamento com ciclosporina e dieta hipoproteica. Retornou para consulta e informou que está grávida, na 18ª semana de gestação. Apresentava: PA = 140 X 70 mmHg, Pu: 1,1 g/24 horas e creatinina sérica: 0,9 mg/dL.

Como conduta inicial, deve-se:

- (A) iniciar hidroxycloquina;
- (B) suspender o imunossupressor;
- (C) iniciar a dapaglifozina;
- (D) iniciar dieta: 1,7 g de proteínas/kg/dia;
- (E) iniciar metildopa.

64

Paciente hipertenso e em uso de valsartana há 5 anos. Exames mostravam: sangue: creatinina: 0,95 mg/dL e anti-HIV: positivo. Urina: amostra: relação Pu/Cu: 0.11 g/g. Foi iniciado: dolutegravir + zidovudina + lamivudina. Após 3 meses do início da TARV, encontrava-se assintomático, exame clínico normal, PA = 130 X 70 mmHg. Exames mostravam: sangue: creatinina: 1,38 mg/dL. Amostra de urina: EAS: densidade 1013, pH 6,1, leucócitos 1/campo, hemácias 2/campo e relação albumina/creatinina: 30 mg/g.

Após a avaliação clínica, a conduta médica inicial é:

- (A) substituir a TARV;
- (B) solicitar o clearance de creatinina;
- (C) iniciar a dapaglifozina;
- (D) solicitar a cistatina C sérica;
- (E) iniciar a finerenona.

65

Paciente com 5 episódios de infecção urinária nos últimos 6 meses. Exames realizados há 9 dias mostravam: cultura de urina: E. coli sensível a ciprofloxacina; RX simples de abdômen: cálculo coraliforme de 4 cm no rim esquerdo. Encontra-se assintomática, no quarto dia de uso de ciprofloxacina.

Considerando o quadro clínico da paciente, a conduta médica mais adequada é:

- (A) aumentar o tempo de antibioticoterapia para 21 dias;
- (B) encaminhar para a realização nefrolitotripsia percutânea;
- (C) quimioprofilaxia com nitrofurantoína após a ciprofloxacina;
- (D) investigar alterações morfológicas no trato urinário;
- (E) associar quimioprofilaxia com hipurato de metenamina.

66

Paciente grávida, portadora de doença renal crônica e tratada com hemodiálise há 5 anos.

Dentre as medidas terapêuticas que devem ser implementadas, deve-se incluir:

- (A) incremento da dieta para 1,2 g de proteínas/kg/dia;
- (B) manutenção da hemoglobina sérica maior que 13 g/dL;
- (C) otimização da hemodiálise: 2 horas/sessão, com 6 sessões/semana;
- (D) ajuste da quantidade do HCO_3^- no dialisato para 30 mEq/L;
- (E) aumento do peso seco em 0,5 kg/semana após a 24ª semana.

67

Paciente em tratamento com diálise peritoneal automatizada (APD), considerado transportador rápido. Encontra-se assintomático e apresenta Linhas A no exame "point of care" (Pocus) realizado antes da sessão de APD.

A diálise peritoneal deve ser prescrita com solução de diálise:

- (A) com dextrose a 4,25%;
- (B) com glicose a 1,5%;
- (C) com glicose a 4,25%;
- (D) icodextrina a 7,5%;
- (E) com sorbitol a 4,25%.

68

Paciente em tratamento com hemodiálise há 8 anos. A tomografia computadorizada mostrou: rins diminuídos de tamanho, com cistos bilaterais Bosniak I e a presença de lesão expansiva heterogênea com componentes císticos internos e áreas sólidas periféricas, fortemente impregnadas por contraste no 1/3 superior do rim direito.

O diagnóstico provável é de:

- (A) oncitoma;
- (B) carcinoma de células renais;
- (C) nefroblastoma;
- (D) carcinoma de células transicionais;
- (E) sarcoma renal.

69

A gravidez acarreta importantes alterações na fisiologia renal. Devido a essas alterações, o método de melhor acurácia para quantificar a função renal em uma paciente grávida, portadora de nefropatia por IgA, na 18ª semana de gestação, é:

- (A) clearance de inulina;
- (B) equação CKD-EPI creatinina;
- (C) equação MDRD simplificada;
- (D) clearance de creatinina;
- (E) equação CKD-EPI creatinina-cystatina C.

70

Paciente feminina, 21 anos, com queixas de fraqueza muscular progressiva. Ao exame: PA = 90 X 60 mmHg e IMC: 32,6 Kg/m². Nega comorbidade ou uso de medicamentos. Exames mostravam: pH: 7,53, HCO_3^- = 34 mEq/L, Na^+ : 129 mEq/L, K^+ : 2.3 mEq/L.

O quadro clínico laboratorial pode ser secundário a:

- (A) paralisia periódica / adenoma viloso;
- (B) nefropatia perdedora de sal / diarreia;
- (C) hiperaldosteronismo / acidose tubular renal;
- (D) vômitos repetitivos / uso de diuréticos;
- (E) abuso de laxativos / hiperinsulinemia.

71

Paciente realizou transplante renal há 1 ano e necessita completar a sua vacinação.

As duas vacinas que NÃO podem ser liberadas para aplicação são:

- (A) chikungunya / coqueluche;
- (B) varicella zóster / caxumba;
- (C) haemophilus influenza / dengue;
- (D) papilomavírus humano / difteria;
- (E) varíola / meningocócica.

72

Na consulta, os exames trazidos pelo paciente mostravam: Ht: 29,9%, Hg: 9,9 g/dL, eletroforese de hemoglobinas: Hg: A: 55%, A2: 2,2%, F: 1,5%, S: 41%. Lâmina de sangue periférico com presença de drepanócitos.

Após análise desses exames, podem ser encontradas as seguintes manifestações renais:

- (A) necrose de papila e hipercalcemia;
- (B) infarto renal e glomerulonefrite membranosa;
- (C) hipostenúria e bacteriúria assintomática;
- (D) infecção do trato urinário e glicosúria;
- (E) hematúria e acidose tubular renal.

73

Após o início do tratamento com obinutuzumabe, a paciente apresentou as seguintes alterações nos exames de sangue: Ca^{++} : 7,3 mg/dL, P: 4,6 mg/dL, ácido úrico: 8,1mg/dL, K^+ : 5,8 mEq/L. Devem ser adicionados ao tratamento da paciente hidratação e:

- (A) bicarbonato de sódio;
- (B) N-acetilcisteína;
- (C) rasburicase;
- (D) manitol;
- (E) citrato de potássio.

74

Paciente feminina, 21 anos, vem à UPA com queixas de disúria, polaciúria e urgência miccional, sendo necessário o início imediato de antibioticoterapia.

No tratamento da cistite, são critérios que podem ser utilizados para a escolha empírica adequada do antibiótico:

- (A) sensibilidade do agente causal na área do atendimento / via de administração;
- (B) maior concentração inibitória mínima do antibiótico / eficácia do antibiótico;
- (C) menor concentração inibitória mínima do antibiótico / toxicidade;
- (D) previsibilidade do agente causal / intensidade da infecção;
- (E) menor concentração inibitória mínima do antibiótico / custo da medicação.

75

Paciente em terapia renal substitutiva com hemodiálise há 5 anos.

São condutas clínicas ou parâmetros laboratoriais que mostram que o tratamento está adequado:

- (A) $kt/V = 1,1$ / hemoglobina sérica = 10,3 g/dL;
- (B) dieta: proteína = 1,8 g/kg/dia / paratormônio = 80 pg/mL;
- (C) $kt/V = 1,6$ / produto cálcio X fósforo = 50,8 mg^2/dL^2 ;
- (D) hemoglobina sérica = 13.6 g/dL / dieta: proteína = 1,2 g/kg/dia;
- (E) produto cálcio X fósforo = 65,0 mg^2/dL^2 / paratormônio = 300 pg/mL.

76

Paciente de 60 anos com diabetes tipo 2, doença renal crônica (creatinina sérica: 1,4 mg/dL) e cardiopatia isquêmica foi internado com pneumonia bacteriana e iniciou antibioticoterapia. Exames de sangue no 3º dia de internação mostraram: creatinina: 2,4 mg/dL e NT-proBNP: 16800 pg/mL.

O quadro clínico laboratorial configura a presença de:

- (A) síndrome cardiorrenal tipo 1;
- (B) nefropatia diabética;
- (C) síndrome cardiorrenal tipo 3;
- (D) doença renal crônica agudizada;
- (E) síndrome cardiorrenal tipo 5.

77

Paciente hipertensa e em uso de losartana há 5 anos. Na consulta médica: assintomática, exame clínico normal e PA = 130 X 80 mmHg. Exames de sangue: creatinina = 0,9 mg/dL, Na⁺: 130 mEq/L, K⁺: 4,0 mEq/L, Cl⁻: 101 mmol/L.

Quanto às alterações hidroeletrolíticas encontradas e à conduta médica inicial, é correto afirmar que o paciente:

- (A) tem hipervolemia e deve iniciar administração de diuréticos;
- (B) tem excesso de água e deve reduzir a ingestão de água;
- (C) tem diminuição do sódio corporal e deve aumentar a ingestão de sódio;
- (D) tem hipovolemia e deve iniciar administração de soro fisiológico a 0,9%;
- (E) tem hipervolemia e deve substituir o anti-hipertensivo.

78

Paciente com gamopatia monoclonal. Exames mostravam: sangue: glicose: 88 mg/dL, ácido úrico: 3,4 mg/dL, Ca⁺⁺: 9,3 mg/dL, P: 2,1 mg/dL, crioglobulina: 56 µg/mL, Kappa: 36,2 mg/L, lambda: 26,1 mg/L. Urina: proteinúria: 0,9 g/24 horas, Ca⁺⁺: 230 mg/24 horas, P: 1620 mg/24 horas, ácido úrico: 950 mg/24 horas. ClCr: 79,6 mL/min/1.73m², EAS: densidade 1012, pH 5,6, glicose ++/4+, piócitos 2/campo e hemácias 1/campo.

A provável causa das alterações renais é:

- (A) amiloidose AA;
- (B) macroglobulinemia de Waldenström;
- (C) amiloidose transtiterina;
- (D) tubulopatia proximal de cadeia leve;
- (E) crioglobulinemia monoclonal (tipo 1).

79

Paciente chegou à UPA com queixas de fraqueza muscular. Exames mostravam: K⁺: 7,3 mEq/L e ECG: onda T acuminada, alargamento do complexo QRS e desaparecimento da onda P. A conduta médica imediata deve ser iniciar:

- (A) poliestirenosulfonato de cálcio;
- (B) ciclosilicato de zircônio sódico;
- (C) gluconato de cálcio a 10%;
- (D) poliestirenosulfonato de sódio;
- (E) glicoinsulino terapia.

80

Paciente de 46 anos, portador de doença renal crônica estágio 3, procura UPA com queixas de soluços e náuseas. Na anamnese dirigida, relatou ter ingerido quantidade generosa de suco de carambola nos últimos dias. Exame de sangue mostrou: creatinina: 3,8 mg/dL e ureia: 180 mg/dL.

A causa provável da piora da função renal é:

- (A) nefrite tubulointersticial aguda;
- (B) nefropatia aguda por oxalato;
- (C) nefropatia aguda por cálcio;
- (D) nefropatia aguda por fosfato;
- (E) nefropatia aguda por ácido úrico.

RASCUNHO

RASCUNHO

Realização

