

PROGRAMA – GRUPO 13

Transplante Renal (626)

Data da prova:

Sábado, 16/12/2023.

INSTRUÇÕES

- Você recebeu do fiscal:
 - 1 (um) caderno de questões da prova objetiva contendo 100 (cem) questões de múltipla escolha, com 4 (quatro) alternativas de resposta cada uma e apenas 1 (uma) alternativa correta; e
 - 1 (uma) folha de respostas personalizada da prova objetiva.
- Quando autorizado pelo fiscal do IADES, no momento da identificação, escreva no espaço apropriado da folha de respostas da prova objetiva, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

O caminho de paz e realizações.

- Verifique se estão corretas a numeração das questões e a paginação do caderno de questões, bem como a codificação da folha de respostas da prova objetiva.
- Você dispõe de 4 (quatro) horas para fazer a prova objetiva e deve controlar o tempo, pois não haverá prorrogação desse prazo. Esse tempo inclui a marcação da folha de respostas da prova objetiva.
- Somente 1 (uma) hora após o início da prova, você poderá entregar sua folha de respostas da prova objetiva e o caderno de questões, bem como retirar-se da sala.
- Somente quando faltarem 30 (trinta) minutos para o término do tempo fixado para realização da prova, você poderá deixar o local levando consigo o caderno de questões.
- Após o término da prova, entregue ao fiscal do IADES a folha de respostas da prova objetiva, devidamente assinada.
- Deixe sobre a carteira apenas o documento de identidade e a caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente.
- Não é permitida a utilização de nenhum aparelho eletrônico ou de comunicação.
- Não é permitida a consulta a livros, dicionários, apontamentos e (ou) apostilas.
- Você somente poderá sair e retornar à sala de aplicação da prova na companhia de um fiscal do IADES.
- Não será permitida a utilização de lápis em nenhuma etapa da prova.
- Os três últimos candidatos só poderão deixar a sala após entregarem suas folhas de respostas e assinarem o termo de fechamento do envelope, no qual serão acondicionadas as folhas de respostas da sala.

INSTRUÇÕES PARA A PROVA OBJETIVA

- Verifique se os seus dados estão corretos na folha de respostas da prova objetiva. Caso haja algum dado incorreto, comunique ao fiscal.
- Leia atentamente cada questão e assinale, na folha de respostas da prova objetiva, uma única alternativa.
- A folha de respostas da prova objetiva não pode ser dobrada, amassada, rasurada ou manchada e nem pode conter nenhum registro fora dos locais destinados às respostas.
- O candidato deverá transcrever, com caneta esferográfica de tinta preta, as respostas da prova objetiva para a folha de respostas.
- A maneira correta de assinalar a alternativa na folha de respostas da prova objetiva é cobrir, fortemente, com caneta esferográfica de tinta preta, o espaço a ela correspondente.
- Marque as respostas assim: ●

Tipo "U"

PROVA OBJETIVA

NEFROLOGIA
Questões de 1 a 100

QUESTÃO 1

Uma paciente de 68 anos de idade com diabetes *mellitus* insulino dependente desde os 26 anos e desenvolveu DRC G5, com necessidade de hemodiálise (HD) aos 46 anos. Sua irmã mais velha era totalmente compatível e ela foi submetida a transplante renal de doador vivo com quatro anos de HD. Mesmo com boa aderência ao regime imunossupressor, a paciente acabou desenvolvendo disfunção crônica do enxerto. Ela ainda tem histórico de carcinoma de células renais em rim nativo há 10 anos, curado após nefrectomia nativa. Atualmente tem uma taxa de filtração glomerular (TFG) estimada de 15 mL/min/1,73 m², não possui fistula arteriovenosa funcional, apresenta sintomas urêmicos discretos, diurese preservada e nenhum sinal de hipervolemia. Seu nefrologista começou a planejar nova terapia renal substitutiva, com o consentimento da paciente, a qual deseja repetir o transplante de rim.

Assinale a alternativa que indica a melhor opção para esse caso.

- (A) Encaminhar para confecção de acesso e posterior início de hemodiálise, visto que o transplante é contraindicado nessa faixa etária.
- (B) Encaminhar de volta ao centro de transplante da região.
- (C) Contraindicar novo Tx de rim pela história de carcinoma renal.
- (D) Iniciar hemodiálise de urgência e depois encaminhar ao centro de transplante da região.

QUESTÃO 2

Um paciente de 55 anos de idade foi submetido a transplante renal de doador falecido há 13 meses, encontra-se em investigação atual de astenia, em razão de linfonodomegalia generalizada e febre. A biópsia de linfonodo revelou uma doença linfoproliferativa. Essa doença pós-transplante pode estar relacionada à infecção latente pelo vírus.

- (A) Citomegalovírus
- (B) Varicela-zóster
- (C) Rubivírus
- (D) Epstein-Barr

Área livre

Caso clínico para responder às questões 3 e 4.

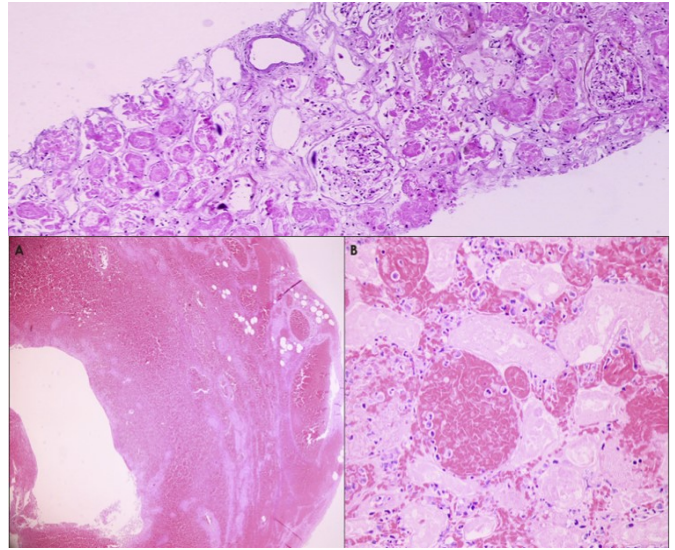


Figura 1

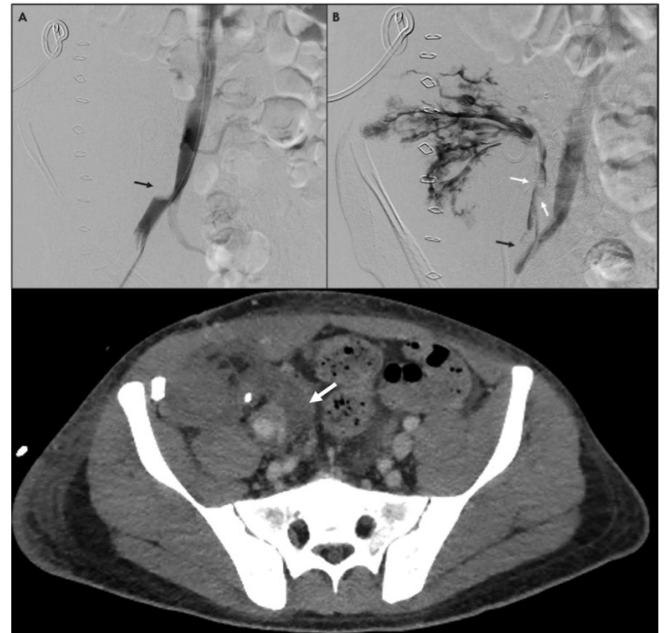


Figura 2

Disponível em: <<https://www.ajkd.org>>. Acesso em: 5 dez. 2023, com adaptações.

Uma paciente de 24 anos de idade, portadora de DRC 5D de causa indeterminada após complicações gestacionais, em hemodiálise três vezes por semana, foi admitida para transplante renal intervivos. A doadora é a irmã, sem comorbidades, com creatinina de 0,5 mg/dL pré-nefrectomia e a creatinina da receptora era 11 mg/dL. Não havia nenhuma incompatibilidade para os antígenos HLA-A, -B e -DR. O resultado do PRA era 18% e a prova cruzada por citotoxicidade dependente do complemento foi negativa. Sorologias para vírus da imunodeficiência humana, hepatite B e C no doador e no receptor todas negativas. A receptora foi submetida ao transplante renal com o rim direito da doadora sem intercorrências intraoperatórias. O regime de indução foi basiliximabe e metilprednisolona. A transplantada recebeu tacrolimus, micofenolato mofetila e prednisona para terapia de manutenção. No primeiro dia de pós-operatório, a diurese foi de 3.300 mL. No segundo

pós-operatório, o débito urinário diminuiu para 360 mL. Foi realizada ultrassonografia com Doppler do enxerto que mostrou diâmetro, fluxo colorido e forma de onda espectral da artéria renal principal normais. A perfusão do rim transplantado parecia normal. A concentração mínima de tacrolimus foi de 10 ng/mL. Nos dias subsequentes, a paciente se apresentava afebril, com oligúria persistente, hemograma normal, sem queda da creatinina inicial; retornando para hemodiálise. O DSA foi negativo e a equipe prosseguiu a investigação com os exames de imagem apresentados. A biópsia do aloenxerto foi realizada no quinto dia após o transplante e a paciente desenvolveu febre e dor na área do aloenxerto.

QUESTÃO 3

Com base nas imagens desse caso, assinale a alternativa que apresenta os achados anatomopatológicos da biópsia do enxerto e o diagnóstico final.

- (A) Biópsia normal; nefrotoxicidade induzida pelos inibidores da calcineurina
- (B) Tubulite e inflamação intersticial; rejeição aguda mediada por células T: tipo IIA
- (C) Necrose cortical aguda por trombose da veia renal
- (D) MAT, necrose tubular aguda e glomerulite; rejeição aguda mediada por anticorpos

QUESTÃO 4

Qual o tratamento mais adequado à evolução do caso?

- (A) Metilprednisolona 1g EV por três dias e suspender tacrolimus.
- (B) Plasmaférese e imunoglobulina.
- (C) Anticoagulação plena.
- (D) Enxertectomia.

QUESTÃO 5

Uma paciente de 28 anos de idade, portadora de DRC 5D secundária a nefropatia por IgA, foi submetida a um transplante renal de doador vivo há três anos. O nível da creatinina está estável em 1,0 mg/dL e ela está recebendo prednisona, 5 mg ao dia, MMF, 1.000 mg, 2 x/dia, e tacrolimus, 2 mg, 2 x/dia. O nível sérico do tacrolimus é 5,0 ng/mL. A pressão arterial é bem controlada com amlodipina, 5 mg ao dia. Essa paciente se casou há um ano e pretende discutir o planejamento familiar. Qual a conduta mais apropriada?

- (A) Os imunossuppressores devem ser ajustados, com descontinuação do MMF em razão do risco de malformações fetais.
- (B) A gravidez não é recomendada e provavelmente causará um declínio na função renal.
- (C) Prosseguir de acordo com o desejo da paciente, sem necessidade de ajuste na ISS, visto que sua função renal e pressão arterial estão bem controladas; não há contraindicações para engravidar nesse momento.
- (D) Interromper o tratamento com MMF e o tacrolimus e permanecer apenas com prednisona.

QUESTÃO 6

Um paciente de 50 anos de idade, diabético, após cinco anos de transplante renal de doador falecido (creatinina basal de 0,9 mg/dL), foi diagnosticado com tuberculose. Ele iniciou tratamento com rifampicina e manteve a imunossupressão habitual (prednisona, micofenolato mofetil e tacrolimus). Três semanas depois, seu nível de creatinina sérica era 2,1 mg/dL, a relação proteína-creatinina urinária de 500 mg/g e o exame de urina revelou leucocitúria. Ele está assintomático. Qual é a causa mais provável da injúria renal aguda (IRA)?

- (A) Rejeição do aloenxerto
- (B) IRA induzida por rifampicina por causa da nefrite intersticial aguda
- (C) Pielonefrite do aloenxerto
- (D) IRA induzida por rifampicina em razão da necrose tubular aguda

QUESTÃO 7

Um paciente de 50 anos de idade, com doença renal terminal secundária à diabetes, foi submetido a transplante renal de doador falecido há 15 meses. Recebeu indução com timoglobulina e profilaxia com valganciclovir e de bactrim por 12 meses. Ele é admitido na emergência com náuseas e diarreia aquosa. Os resultados laboratoriais mostram linfopenia. A carga viral do citomegalovírus (CMV) por reação em cadeia da polimerase é de 30.000 cópias/mL e a colonoscopia é sugestiva de colite. Assinale a alternativa que indica o tratamento mais apropriado nesse momento.

- (A) Ritonavir
- (B) Ganciclovir
- (C) Foscarnet
- (D) Valganciclovir

Área livre

QUESTÃO 8

Uma paciente de 60 anos de idade, com histórico de diabetes *mellitus*, obesidade, cirrose compensada por esteatose hepática não alcoólica, teve osteomielite diagnosticada há quatro semanas, e foi submetida à amputação transtibial, em uso de linezolina desde então. Durante a internação, evoluiu com dor abdominal e hematêmese, com necessidade de sonda nasogástrica aberta. Realizou exames laboratoriais com os seguintes resultados: pH = 7,34, HCO₃⁻ = 19 mmol/L, PCO₂ = 20 mmHg, PO₂ = 110 mmHg; BE = -10; Na = 131 mmol/L; K = 5,5 mmol/L; Cl = 90 mmol/L; creatinina = 1,3 mg/dL, Ca = 7,9 mg/dL; albumina = 3,6 mg/dL; glicose = 160 mg/dL, ureia = 100 mg/dL, osmolaridade sérica = 287 MOsmol/kg; negava dor torácica, dispneia ou sintomas urinários. Ela também negou o uso de medicamentos além dos prescritos, que são AAS 81 mg/dia, furosemida 40 mg/dia, insulina NPH 20ui/dia. A paciente está desidratada, sem edema periférico, com PA = 100 mmHg x 50 mmHg, FC = 72, bpm, FR = 18 irpm e SatO₂ = 98% em ar ambiente. Seu abdome estava distendido com leve sensibilidade epigástrica à palpação. SNG aberta: 300 mL secreção escura. O exame neurológico foi positivo para asterixis. EAS normal e as hemoculturas foram negativas. A tomografia computadorizada de abdome demonstrou ascite moderada e sugeriu cirrose. A radiografia de tórax não revelou processo cardiopulmonar agudo. Qual é o diagnóstico gasométrico desse paciente?

- (A) Alcalose respiratória compensada
- (B) Acidose dupla (respiratória e metabólica)
- (C) Acidose metabólica AG elevado + alcalose respiratória
- (D) Acidose metabólica AG elevado + alcalose metabólica e alcalose respiratória

QUESTÃO 9

Um paciente de 65 anos de idade, com histórico de diabetes *mellitus* tipo 2 e hiperlipidemia, foi admitido no hospital para cirurgia eletiva de ressecção de um cisto pancreático. Ele fazia uso de dapagliflozina 10 mg/dia; rosuvastatina 20 mg/dia; gliclazida 30 mg, 2x ao dia; e sitagliptina/metformina, 50/1.000 mg, 2x ao dia. O procedimento não teve intercorrências e o paciente estava tolerando dieta líquida até o terceiro dia de pós-operatório. A glicemia foi regulada com insulina de ação curta. Seus medicamentos ambulatoriais continuaram a ser administrados no hospital. No 4º dia de pós-operatório, iniciou quadro de diarreia, encontrava-se sonolento, com PA = 120 mmHg x 70 mmHg, FC = 107 bpm, FR = 10 irpm e SatO₂ = 92%. Foram realizados os seguintes exames: pH = 7,15, PCO₂ = 30 mmHg, bicarbonato = 10 mmol/L, PO₂ = 104 mmHg, BE = -4; Na = 136 mmol/L; K = 5 mmol/L; Cl = 105 mmol/L; creatinina = 1,6 mg/dL, Ca = 8,1 mg/dL; albumina = 3,5 mg/dL; glicose = 200 mg/dL, ureia = 90 mg/dL, urinal com presença de glicose e corpos cetônicos.

A interpretação correta da gasometria do paciente é

- (A) acidose respiratória compensada com alcalose metabólica.
- (B) acidose metabólica hiperclorêmica e alcalose respiratória.

- (C) distúrbio triplice: acidose hiperclorêmica, cetoacidose euglicêmica induzida pela glifozina e acidose respiratória.
- (D) acidose lática por sepse e acidose respiratória.

QUESTÃO 10

Uma paciente frágil de 70 anos de idade foi trazida ao pronto-socorro com confusão mental, náuseas e vômitos há um dia. Seu médico havia prescrito clortalidona, 25 mg/dia há uma semana para tratamento de hipertensão. Ao exame físico, apresenta mucosas secas, encontra-se desorientada, sem edema e afebril; FC = 105 bpm, PA = 90 mmHg x 60 mmHg, FR = 14 irpm e SatO₂ = 100% em ar ambiente. Foi iniciado solução salina a 0,9%, 1 L em bolus. Após exames laboratoriais os resultados foram: Na sérico = 104 mmol/L, K sérico = 2,8 mmol/L, ureia = 77 mg/dL e creatinina = 1,4 mg/dL. Logo depois, a paciente apresentou uma crise convulsiva generalizada e foi tratada adequadamente, não ocorrendo mais crises. O [Na⁺] de controle é 108 mEq/L. Qual conduta específica foi tomada no momento da crise e qual estratégia de seguimento é a mais adequada?

- (A) Novo bolus de 1000 mL de solução fisiológica 0,9% no momento da crise. Continuar com a solução isotônica de manutenção visando uma [Na⁺] de 130 mEq/L nas primeiras 24 horas.
- (B) Administração de desmopressina no momento da crise, monitorizar o débito urinário e o sódio sérico a cada 6 h, sem necessidade de solução salina de manutenção.
- (C) Infundir 300 mL de solução salina a 3% em 15 minutos no momento da crise. Recalcular o volume necessário de salina hipertônica visando uma [Na⁺] de 114-116 mEq/L nas primeiras 24 horas.
- (D) Bolus de 100 mL de solução salina a 3% em 10 minutos no momento da crise. Recalcular o volume necessário de salina isotônica visando uma [Na⁺] de 110-112 mEq/L nas primeiras 24 horas.

Área livre

QUESTÃO 11



Um paciente com história de deformidades ósseas e infecções respiratórias de repetição que se iniciaram aos 9 meses de vida e atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, perdendo a capacidade de engatinhar e sentar sem apoio. A investigação iniciou-se aos 3 anos de idade, após fratura patológica de úmero. Os exames iniciais mostraram: fósforo sérico de 2,2 mg/dL (VN: 4–7), cálcio de 7,5 mg/dL (VN: 8,6–10,2), fosfatase alcalina de 12660 UI/L, PTH de 65,8 pg/L. O nível sérico de albumina se encontrava normal, assim como os demais eletrólitos. A concentração de fósforo na urina de 24 h era elevada. A dosagem da 25-OH-vitamina D = 30 ng/mL (VN: 30-60). Os raios X são os apresentados. O ultrassom renal mostrava alteração da ecotextura do parênquima renal, mas a função renal se encontrava preservada. A biópsia óssea demonstrou presença de osteomalácia e foi feito o diagnóstico definitivo agora aos 5 anos de idade. O paciente necessitou de internação prolongada por broncopneumonia, ficando acamado e sendo necessária traqueostomia. Foi avaliado por um nefropediatra com adequação da terapia medicamentosa e melhora significativa do desenvolvimento ponderoestatural e do quadro clínico-laboratorial.

Qual tratamento medicamentoso foi instituído?

- (A) Burosumab
- (B) Denosumab
- (C) Calcitriol isoladamente
- (D) Sais de fosfato, cálcio e colecalciferol em altas doses

Área livre

QUESTÃO 12

Um paciente de 60 anos de idade foi internado no hospital relatando dor abdominal e astenia, sem diarreia ou vômito. Tinha história de diabetes *mellitus* tipo 2 e tumor de bexiga com metástases pulmonares diagnosticado há dois anos. Na época, foi tratado com cistoprostatectomia e confecção de conduto ileal e quimioterapia paliativa com carboplatina e etoposídeo. Seus medicamentos atualmente incluem escitalopram 20 mg/dia, bromazepam 3 mg/dia, metformina 850 mg 2x/dia e enalapril 5 mg/dia. Ao exame físico, encontra-se orientado, hidratado, PA = 163 mmHg x 110 mmHg, FC = 82 bpm e SatO₂ = 100%. A investigação laboratorial inicial mostrou: potássio = 2,2 mmol/L; pH = 7,57; pCO₂ = 50 mmHg; bicarbonato = 45,8 mmol/L e glicemia sérica = 280 mg/dL, sem diminuição da TFGe, hipomagnesemia ou disnatremia. O cloro urinário = 290 mmol/L (VR 110-250) e o K urinário 280 mmol/L (VR 25-125). O ECG mostrou ondas T achatadas. O paciente recebeu tratamento com potássio intravenoso e posteriormente com insulina. Durante a internação, os distúrbios eletrolíticos permaneceram refratários ao tratamento, enquanto a glicemia sérica normalizou. Novos estudos laboratoriais mostraram níveis elevados de ACTH, cortisol sérico e cortisol urinário; enquanto a atividade de renina e aldosterona plasmática e hormônios tireoidianos estavam na faixa de referência. Um teste de supressão noturno com dexametasona deu resultados negativos.

Com base nesse caso clínico, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico mais provável.

- (A) Síndrome de Cushing por tumor neuroendócrino secretor de ACTH
- (B) Síndrome de Conn
- (C) Hipertensão renovascular
- (D) Síndrome de Cushing ACTH dependente por tumor de hipófise

QUESTÃO 13

Uma paciente de 23 anos de idade, portadora de síndrome nefrótica por GESF. Ela apresenta edema, proteinúria e hipoalbuminemia há três meses, quando foi prescrito lisinopril e furosemida. Após biópsia renal há dois meses foram adicionados prednisona, omeprazol e sulfametoxazol-trimetoprim. A paciente nega o uso de outras medicações e tem o hábito intestinal preservado. Há um mês, a proteinúria caiu de 7900 mg/24 h para 3400 mg/24 h e o seu peso diminuiu de 84 para 75 kg. O nível sérico de magnésio permaneceu baixo apesar da suplementação oral agressiva. Hoje, ao exame físico, PA = 130 mmHg x 70 mmHg, FC = 88 bpm e há edema (2+). Os dados laboratoriais incluem sódio = 138 mEq/L, potássio = 3,6 mEq/L, cálcio = 8,9 mg/dL, magnésio = 1,1 mg/dL, ureia = 23 mg/dL e creatinina = 0,9 mg/dL (estável).

O próximo passo no tratamento da hipomagnesemia é

- (A) suspender a furosemida.
- (B) internar e prescrever cloreto de magnésio IV.
- (C) prescrever amilorida e suspender o omeprazol.
- (D) prescrever clortalidona.

QUESTÃO 14

Uma paciente de 45 anos de idade, com história de osteoporose, refere cálculos recorrentes de oxalato de cálcio e foi encaminhada para avaliação. Ela já foi submetida à colectomia parcial com anastomose primária para câncer de cólon localizado e tem hábito intestinal 3x/dia com fezes amolecidas. Nega histórico familiar de litíase. Ao exame físico, normal. Ela trouxe os seguintes exames: creatinina = 1,8 mg/dL, gasometria normal, cálcio = 10,9 mg/dL, fósforo = 3 mg/dL, PTH = 85 pg/mL e 25-OH-vitamina D = 30 ng/mL. Demais eletrólitos normais. O perfil metabólico na urina de 24 h foi: volume = 2500 ml/24 h, pH 5.1, cálcio = 300 mg/24h, oxalato = 30 mg/24h, fósforo = 840 mg/24 h, ácido úrico = 450 mg/24h, sódio = 180 mEq/24h, K = 37 mEq/24h e citrato = 480 mg/24h. Faz uso, diariamente, de colecalciferol 1.000 UI, cálcio 500 mg e faz reposição hormonal. Qual a terapia mais apropriada para evitar a formação de novos cálculos de oxalato de cálcio?

- (A) Suspender colecalciferol e prescrever hidroclorotiazida.
- (B) Encaminhar para paratireoidectomia.
- (C) Suspender o cálcio e prescrever citrato de potássio.
- (D) Suspender colecalciferol e alimentos que contêm oxalato.

QUESTÃO 15

TABELA 1 – exames laboratoriais

Sangue		Valores de referência
pH	7,45	7,35-7,45
HCO3	26	21-27
PCO2	41	35-45
Creatinina	0,4 mg/dL	0,6-1,2
Sódio	135 mEq/L	136-145
Potássio	2,5 mEq/L	3,5-5
Cloro	95 mEq/L	98-107
Fosforo	2,7 mg/dL	2,7 to 4,9
Calcio	9,2 mg/dL	8,0 to 10,5
Magnésio	1,4 mg/dL	1,5 to 2,2
Urina		
Relação cálcio/Creatinina	0,06	<0,24 mg cálcio por mg de creatinina
Potássio	100 mmol/L	< 20 mmol/L
Sódio	136 mmol/L	< 40 mmol/L
Cloro	193 mmol/L	< 40 mmol/L

Uma paciente de 14 anos de idade, com histórico de ansiedade, apresentou-se no pronto-socorro com mal-estar, tontura (hipotensão ortostática) e palpitações. Os resultados dos exames laboratoriais estão representados na Tabela 1. Foi lhe fornecida suplementação oral de potássio e recebeu alta, mas ela retornou após uma semana com as mesmas queixas, desta vez atribuídas à suspeita de anorexia e foi internada. A paciente fazia psicoterapia, estava em uso de sertralina e negava alimentação restritiva ou uso de laxantes,

comportamento purgativo ou abuso de diuréticos. Ela não tomava outros medicamentos, não fazia uso de tabaco, drogas ilícitas ou álcool. Não apresentava febre, dor torácica, vômito, diarreia ou dor abdominal. Ao exame físico, estava alerta e ansiosa, afebril, PA = 120 mmHg x 80 mmHg, FC = 120 bpm, FR = 18 rpm e a SatO2 = 100%, peso era 55 kg, não tinha edema. A função hepática e o nível de lactato eram normais. A paciente recebia bolus parenterais de cloreto de potássio e sulfato de magnésio com frequência. O nível de bicarbonato sérico estava intermitentemente elevado, atingindo um máximo de 32 mmol/L, com alcalemia leve e persistente; hipomagnesemia e hipocalemia. ECGs seriados mostraram ondas U e dada a sua necessidade persistente de reposição agressiva de eletrólitos, ela foi transferida para UTI. A reabsorção tubular de fosfato era superior a 96%. A USG renal era normal. A atividade sérica da renina da paciente estava elevada e o nível de aldosterona estava normal. História adicional foi obtida e revelou que a paciente apresentava comportamentos de desejo por sal desde a infância (beber líquidos de conservas e lamber o sal), noctúria frequente e enurese noturna na adolescência. Qual o diagnóstico mais provável?

- (A) Síndrome de Liddle
- (B) Síndrome Barther
- (C) Síndrome de Fancon
- (D) Síndrome Giltelman

QUESTÃO 16

Uma paciente de 34 anos de idade, com história de transtorno bipolar, é encaminhada ao nefrologista por alteração da função renal e poliúria. Na consulta, ela afirma que tem urinado “constantemente” no último ano, quase 15 vezes ao dia, incluindo 5 episódios de noctúria. Ela se queixa de bastante sede e bebe mais de 5 L de água diariamente. Relata dieta equilibrada e não consome quantidades anormais de sódio ou proteína. Seus medicamentos incluem anti-inflamatórios conforme necessário para enxaquecas e carbonato de lítio para transtorno bipolar, que ela toma desde os 17 anos de idade. Os dados laboratoriais são: sódio = 150 mEq/L, creatinina = 1,4 mg/dL, com TFGe = 51 mL/min/1.73 m²; bicarbonato = 22 mmol/L, fósforo = 4 mg/dL, cálcio = 11 mg/dL, Albumina = 4,2 g/dL, PTH e TSH dentro da faixa da normalidade, 25-OH-vitaminaD = 44 ng/mL; cálcio = 88 mg/dia na urina de 24 h (VN > 200). Osmolaridade plasmática = 290 mOsm/kg (VR 275-290) e osmolaridade urinária = 200 mOsm/kg H2O. Feito o teste de privação de água a urina permaneceu diluída; o teste da desmopressina foi negativo. A dosagem da coceptina estava elevada. De acordo com esse caso clínico, qual é o diagnóstico?

- (A) Polidipsia primária
- (B) Diabetes insipidus nefrogênico
- (C) Diabetes insipidus central
- (D) Hiperparatireoidismo primário

Área livre

QUESTÃO 17

Uma paciente de 41 anos de idade foi encaminhada para avaliação de hipertensão de difícil controle diagnosticada aos 28 anos, com várias medidas de pressão arterial domiciliares maiores que PA = 160 mmHg x 90 mmHg, em tratamento com amlodipino 10 mg/dia, valsartana 320 mg/dia e hidroclorotiazida 25 mg/dia. A paciente também tinha histórico de síndrome do ovário policístico e estava em tratamento com anticoncepcional oral (etinilestradiol/drospironona). Função tireoidiana normal. Ela já havia tentado descontinuar o ACO, mas sua pressão arterial permaneceu elevada. Ela se absteve de álcool, tabaco e outras drogas ilícitas ou medicamentos. Ao exame físico, apresentava achados normais, exceto pela pressão arterial; índice de massa corporal = 24,4 kg/m², sem alterações retinianas, hirsutismo, estrias ou edema. Os exames laboratoriais revelaram função renal normal, eletrólitos normais, atividade de renina plasmática (PRA) > 181,7 ng/mL/h e concentração plasmática de aldosterona = 215 ng/dL, repetida e confirmada. O anticoncepcional foi suspenso definitivamente e um tratamento específico foi realizado, com bom controle dos níveis pressóricos. Assinale a alternativa que indica o diagnóstico dessa paciente.

- (A) Hiperaldosteronismo primário, secundário a hiperplasia adrenal
- (B) Hipertensão essencial
- (C) Síndrome de Liddle
- (D) Hipertensão renovascular por estenose de artéria renal

QUESTÃO 18

Um paciente de 60 anos de idade, diabético com doença renal crônica G3bA3, uma relação albumina-creatinina urinária de 700 mg/g, hipertensão e dislipidemia, retornou à consulta ambulatorial após seis meses de medidas não farmacológicas de melhora do estilo de vida. Sua creatinina permaneceu estável no último ano, mas sua taxa de filtração glomerular estimada (TFRe) diminuiu de 47 para 30 mL/min/1,73 m² nos últimos seis anos. A PA 130mmHg x 80 mmHg. A hemoglobina A1c (HbA1c) = 7,9%, Sódio = 131 mEq/L e K = 4,8 mEq/L. Ele faz uso de valsartana 320 mg/dia, amlodipino 5 mg/dia, clortalidona 25 mg/dia, metformina 1000 mg/dia, dapaglifozina 10 mg e sinvastatina 20 mg/dia. A intervenção mais apropriada para reduzir o risco de progressão da DRC desse paciente é

- (A) adicionar finerenone ao regime atual.
- (B) substituir valsartana por atensina.
- (C) substituir clortalidona por furosemida.
- (D) adicionar ramipril ao esquema atual.

QUESTÃO 19

Um paciente de 35 anos de idade foi admitido na urgência com mialgia e fraqueza generalizada. Duas semanas antes, ele apresentava dor abdominal, inapetência, náuseas e vômitos. Negou diarreia. Uma semana antes da internação, ele desenvolveu fraqueza muscular generalizada, com dificuldade até de se levantar da cama. Seu histórico médico era normal. Fez uso de ibuprofeno e codeína para dor crônica nas costas, 2-3 cp/dia durante pelo menos três meses. Negou abuso de álcool ou drogas ilícitas. Ao exame físico,

encontrava-se alerta e orientado, sinais vitais normais, paraparesia, reflexos tendinosos profundos diminuídos e sensibilidade superficial intacta. A investigação laboratorial inicial mostrou hemograma e função renal normais, hipocalcemia grave (potássio = 1,8 mEq/L) e a gasometria = pH 7,32 com PCO₂ 31 mmHg e PO₂ 158 mmHg, bicarbonato = 15 mEq/L. Os demais exames eram sódio = 140 mEq/L, cloro = 116 mEq/L, glicose = 120 mg/dL e albumina = 4,3 g/dL. O ECG mostrou ondas T achatadas nas derivações laterais. O paciente recebeu 120 mEq de potássio durante a noite e, 12 horas após a admissão, seu nível sérico de potássio aumentou para 2,1 mEq/L. Na amostra de urina, o Na⁺ era 51 mEq/L, K⁺ 13 mEq/L e o Cl⁻ 76 mEq/L. A nefrologia foi acionada, e solicitou os seguintes exames em urina de 24 h: Na urinário 460 mEq/24, K urinário = 110 mEq/24 h, cloro urinário = 550 mEq/24 h; urina 1 normal, com pH = 7,0. Após o paciente interromper o tratamento com ibuprofeno, seu potássio aumentou drasticamente e ele recebeu alta sem recorrências subsequentes. Qual distúrbio metabólico mais provável?

- (A) Acidose tubular renal tipo 1
- (B) Acidose metabólica e perda extrarenal de potássio
- (C) Acidose tubular renal tipo 4
- (D) Síndrome de Gilteman

QUESTÃO 20

A vacina contraindicada no paciente transplantado renal denomina-se

- (A) Covid-19.
- (B) varicela.
- (C) influenza.
- (D) HPV.

QUESTÃO 21

Um paciente de 50 anos de idade, obeso, com história de hipertensão e diabetes, apresentou-se ao pronto-socorro com queixa de lombalgia. Ele não apresentava sintomas urinários e a radiografia abdominal simples não demonstrava alterações dignas de nota. Após analgesia, recebeu alta. Retornou três dias depois com piora da dor, dessa vez, irradiando para a virilha. Realizou tomografia computadorizada de abdome e pelve que mostrou numerosos cálculos. O perfil metabólico urinário de 24 horas solicitado ambulatorialmente consta de 800 ml/24 h, pH 5,2, cálcio = 250 mg/24h, oxalato = 33 mg/24h, ácido úrico = 810 mg/24h, sódio = 130 mEq/24h, fósforo = 1050 mg/24 h, potássio = 87 mEq/24h, citrato = 300mg/24h. Assinale a alternativa que corresponde ao principal fator de risco para formação desse tipo de cálculo e ao tratamento mais apropriado para reduzir a recorrência dos cálculos do paciente em questão, respectivamente.

- (A) Alto teor de cálcio na urina, iniciar hidroclorotiazida.
- (B) Alto teor de oxalato na urina, iniciar citrato de cálcio.
- (C) Baixo pH da urina, iniciar bicarbonato de sódio e alopurinol.
- (D) Alto teor de fosfato na urina, aumentar ingestão de líquidos e limitar ingestão de sal e proteínas.

QUESTÃO 22

Um paciente de 50 anos de idade foi, admitido no pronto-socorro com hipertensão não controlada, piora da dispneia e ganho de peso de 8 kg em duas semanas. É diagnosticado com insuficiência cardíaca congestiva e, além da hipertensão, ele tem diabetes tipo 2, doença arterial coronariana, com cardiomiopatia isquêmica (fração de ejeção de 30%) e doença renal crônica estágio G3b A2, com creatinina basal = 2 mg/dL. Ele faz uso de losartana (50 mg duas vezes ao dia), furosemida (40 mg 1 vez ao dia), atorvastatina e insulina. Os sinais vitais demonstravam PA = 162 mmHg x 92 mmHg e a FC = 104 bpm. Ao exame físico, estertores finos bilaterais e edema depressível (3+) e o cardiopulmonar revelava uma B3. Os dados laboratoriais incluem nível sérico de sódio = 132 mEq/L, potássio = 5,8 mEq/L, ureia = 63 mg/dL e creatinina sérica = 2,1 mg/dL (normal até 1,4 mg/dL).

Assinale a alternativa que indica o melhor passo nessa emergência.

- (A) Terapia renal substitutiva: ultrafiltração isolada.
- (B) Prescrever furosemida (IV) em bolus 80 mg.
- (C) Substituir a losartana por finerenone.
- (D) Associar a dapaglifozina.

QUESTÃO 23

Uma paciente de 28 anos de idade, com lúpus sistêmico iniciou tratamento de hemodiálise após um longo período de vários tratamentos imunorreguladores. Ao iniciar a terapia de diálise, com queixas de astenia e com concentração de Hb = 7,1 g/dL; também iniciou tratamento com alfapoetina e a concentração de Hb aumentou para 9,8 g/dL no mês seguinte, mas não aumentou além disso, apesar dos aumentos subsequentes na dose de alfapoetina. A paciente se queixa de fadiga contínua. Seu lúpus está inativo do ponto de vista clínico e os resultados de testes sorológicos são negativos. A concentração sérica de ferritina era = 26 ng/mL e o índice de saturação de transferrina = 13,7%. O próximo passo no tratamento da anemia dessa paciente é

- (A) prescrever *roxadustat*.
- (B) prescrever ferro oral.
- (C) prescrever ferro intravenoso.
- (D) aumentar ainda mais a dose de alfapoetina.

QUESTÃO 24

Considerando que a anemia é uma das principais complicações da doença renal crônica, assinale a alternativa que indica o fator que é o responsável pela detecção de hipóxia celular e um potencial alvo terapêutico.

- (A) Eritropoietina
- (B) Heparidina
- (C) Fator de crescimento de fibroblastos
- (D) Fator induzível por hipóxia (HIF) - alfa

Área livre

QUESTÃO 25

Uma paciente de 50 anos de idade, portadora de doença renal crônica secundária a LES - nefrite lúpica - classe 4, em hemodiálise há 10 anos, compareceu ao pronto-socorro com queixa de dor óssea e prurido. Nega fraturas. Relatava uso prolongado de corticoide. Dieta adequada. Encontra-se em uso de carbonato de cálcio 500 mg 1 cp no café, almoço e no jantar; calcitriol 0,25 mcg 1 cp/dia. Peso seco = 65 kg, Kt/V 1,4 e banho $[Ca^{+}]$ 3,0. Ela trouxe os seguintes exames: PTH = 1090 (anterior 640), FA 462, cálcio = 8,0 e fósforo = 6,7.

Com base nesse caso clínico, assinale a alternativa que apresenta a conduta correta visando a melhora do controle do distúrbio mineral e ósseo dessa paciente.

- (A) Suspender o carbonato de cálcio, iniciar sevelamer 1cp/dia, aumentar o calcitriol 2 cp/dia, adequar a dose de HD e trocar o banho de cálcio para 2,5.
- (B) Internar, solicitar cintilografia de paratireoides, risco cirúrgico e parecer para a paratireoidectomia total.
- (C) Aumentar o carbonato de cálcio - reposição; suspender o calcitriol, iniciar sevelamer 3 cp/dia, nas refeições e, após o controle do fósforo, paricalcitol 5 mcg 1amp. IV após HD, 3x/semana.
- (D) Aumentar o carbonato de cálcio nas refeições; suspender o calcitriol, iniciar sevelamer 3 cp nas refeições e iniciar *cinacalcet* 30 mg/dia.

QUESTÃO 26

Tendo em vista o hiperparatireoidismo persistente com significado clínico, após transplante renal, com PTH acima do limite superior da normalidade (se clearance > 60 mL/min) ou > 2x LSN (se clearance 30-60 mL/min), assinale a alternativa correta.

- (A) Frequentemente encontra-se hipercalcemia e hiperfosfatemia, mas não há lesão em órgão-alvo (hipercalcúria, nefrocalcinose, nefrolitíase, osteoporose).
- (B) O uso do *cinacalcet* é semelhante a paratireoidectomia subtotal em termos de normalização do PTH e da calcemia.
- (C) Existe maior risco de fratura, mas não há implicação na sobrevida do enxerto.
- (D) Está indicada PTX subtotal se cálcio iônico > 1,8 e (ou) na presença de complicações graves (perda da função do enxerto sem causa aparente, fratura, osteoporose, hipercalcúria, nefrolitíase/nefrocalcinose, diabéticos).

QUESTÃO 27

A respeito do tratamento da água na hemodiálise, assinale a alternativa correta,

- (A) O filtro de carvão retira cloro e substâncias orgânicas.
- (B) O deionizador é um extrator de cátions e ânions, por meio do processo de regeneração automática com cloreto de sódio.
- (C) O abrandador é um extrator de ânions, que protege a membrana da osmose reversa e aumenta sua vida útil.
- (D) A osmose reversa retira até 70% da carga iônica, além de remover substâncias orgânicas, partículas e bactérias.

QUESTÃO 28

Um paciente de 30 anos de idade, portador de doença renal crônica secundária a GESF em hemodiálise há seis anos, compareceu à consulta com queixa de “caroços na fistula” e tempo de sangramento prolongado. HD convencional por FAV Braquiocefálica direita, confecção há quatro anos. Ao exame físico não havia edema ou circulação colateral no tórax; na fistula, havia aneurismas, pulso em martelo d’água, frêmito mais agudo, forte e intermitente, não colapsando a elevação do braço; últimos Kt/V: 1,1; 1,0 e 1,1. Pressão venosa +300 mmHg e pressão arterial -80 mmHg na máquina, com dificuldade de atingir fluxo sanguíneo prescrito de 450 mL/min. Assinale a alternativa que indica onde está a estenose.

- (A) Estenose venosa central
- (B) Estenose eferente
- (C) Estenose aferente
- (D) Estenose da anastomose arteriovenosa

QUESTÃO 29

Uma paciente de 60 anos de idade com diagnóstico de osteoporose (T Score -3,0 em colo de fêmur), história de fratura de fêmur e doença renal crônica com TFGe 20 mL/min/1,7 m². Em relação a condução desse caso, assinale a alternativa correta.

- (A) A densitometria óssea não tem valor diagnóstico nessa população e não deve ser utilizada.
- (B) A paciente é candidata a denosumab, desde que a doença mineral e óssea esteja sob controle, com adequada suplementação de cálcio e calcitriol antes do tratamento, pelo risco de hipocalcemia.
- (C) A paciente deve iniciar bifosfonado imediatamente pelo alto risco de nova fratura. A droga não tem excreção renal e não influencia o remodelamento ósseo.
- (D) A paciente tem indicação de cálcio e colecalciferol, somente; independentemente dos níveis de Ca, P, FA, vitamina D e PTH.

QUESTÃO 30

Um paciente de 65 anos de idade, com DRC secundária à DM. Sua TFG estimada pelo CKDePi é de 24 mL/min/1,73 m². Assinale a alternativa que corresponde ao nível recomendado de ingestão de proteína na dieta para esse paciente.

- (A) 0,25-0,60 g/kg de peso corporal por dia
- (B) 0,28-0,43 g/kg de peso corporal por dia
- (C) 0,60-0,80 g/kg de peso corporal por dia
- (D) 1,00-1,20 g/kg de peso corporal por dia

Área livre

QUESTÃO 31

Uma paciente de 68 anos de idade, com hipertensão, diabetes e doença renal crônica (DRC) estágio 5, que dará início à hemodiálise por sobrecarga de volume refratária à diuréticoterapia. Dez minutos após o início da sua primeira sessão, ela relata prurido generalizado, dispneia e dor torácica, chiado audível, dessaturação e hipotensão, com PA = 86 mmHg x 50 mmHg (em comparação com PA = 145 mmHg x 90 mmHg antes do início da diálise) e SatO₂ = 85%. Suspeita-se de uma reação ao dialisador. Acerca da conduta mais apropriada para o tratamento dessa paciente, assinale a alternativa correta.

- (A) Continuar a diálise e administrar antibióticos intravenosos, corticosteroides intravenosos.
- (B) Interromper a diálise e devolver o sangue do circuito extracorpóreo ao paciente.
- (C) Continuar a diálise e administrar salbutamol e anti-histamínicos.
- (D) Interromper a diálise sem devolver o sangue do circuito extracorpóreo ao paciente.

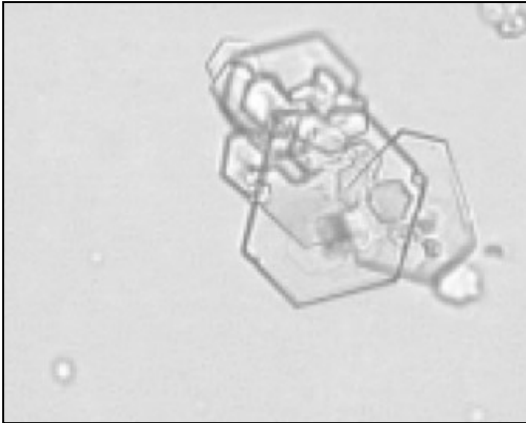
QUESTÃO 32

Suponha que, em uma clínica de diálise, vários pacientes desenvolvam dor abdominal, náuseas, vômitos e hipertensão durante o tratamento de diálise. Nos circuitos de sangue extracorpóreos das máquinas, é notável a presença de sangue vermelho cereja mais brilhante que o normal. Os pacientes afetados são transportados para o hospital mais próximo, onde os testes laboratoriais revelam níveis de hemoglobina variando de 5 a 8 g/dL (em comparação com 10 a 11 g/dL anteriormente) e hipercalemia leve a moderada. Assinale a alternativa que indica o que poderia ter causado hemólise nesses pacientes.

- (A) Dialisato hipertônico
- (B) Exposição à cloramina
- (C) Reação ao primeiro uso
- (D) Contaminação de bactérias e endotoxinas

Área livre

QUESTÃO 33



Microscopia de urina

Um jovem de 15 anos de idade apresentou-se ao pronto-socorro com dor no flanco direito pela terceira vez no último ano. Ele relatou histórico familiar de cálculos renais. Realizou avaliação tomográfica que revelou cálculos de 2 mm no ureter esquerdo e cálculos calcínicos bilaterais variando de 5 a 10 mm de tamanho. A microscopia de urina mostrou cristais (figura apresentada). Os exames de sangue estavam normais. Ele foi mandado para casa com tansulosina e eliminou um cálculo cinco dias depois. Estudos de urina foram realizados confirmando a suspeita inicial.

Com base nesse caso clínico e na figura, assinale a alternativa que apresenta o que mais o paciente pode fazer para limitar a formação futura de cálculos além de beber muito líquido.

- (A) Aumentar a ingesta proteica.
- (B) Usar citrato de cálcio.
- (C) Usar tiopronina.
- (D) Diminuir ingesta de sódio e líquidos.

QUESTÃO 34

Uma paciente de 55 anos de idade, na menopausa, foi encaminhada para avaliação de cálculos renais de repetição. Ela refere várias infecções do trato urinário baixo por *Escherichia coli*. EAS anterior com pH > 6,7 repetido e confirmado. Qual tipo de cálculo tem maior probabilidade de ocorrer com esse pH urinário?

- (A) Oxalato
- (B) Ácido úrico
- (C) Cistina
- (D) Fosfato de cálcio

Área livre

Caso clínico para responder às questões de 35 a 38.

Um paciente 54 anos de idade, tem diagnóstico de hipertensão bem controlada há 10 anos e diabetes *mellitus* tipo 2 há oito anos, faz acompanhamento irregular na unidade básica de saúde. Está em uso de losartana 50 mg 2x ao dia, metformina 1000 mg 2x ao dia, glibenclamida 10 mg 2x ao dia, atorvastatina 20 mg. Foi encaminhado ao nefrologista por edema progressivo de membros inferiores de início há 3 meses e piora da relação albumina/creatinina de 656 mg/g para 4,6 g/g em um ano, além de hipoalbuminemia 1,8 mg/dl, sumário de urina demonstrando glicose +++, proteínas +++, hemácias 5.000, leucócitos 8.000, taxa de filtração glomerular estimada em 58 ml/min/1,73 m².

QUESTÃO 35

Em relação à pesquisa de albuminúria para triagem de doença renal diabética, assinale a alternativa correta.

- (A) O rastreio para doença renal diabética deve ser com a coleta albuminúria de 24 horas anualmente em todos os pacientes.
- (B) Tanto a relação albumina/creatinina (mg/g) quanto a albumina na amostra aleatória de urina (mg/L) tem boa correlação com excreção de albumina em urina de 24 horas.
- (C) Albumina em amostra isolada de urina não deve ser utilizada para rastreio de doença renal diabética.
- (D) Após a confirmação de albuminúria, não há necessidade de controle evolutivo.

QUESTÃO 36

Assinale a alternativa que indica sinal de alerta para investigação de outras nefropatias no paciente diabético.

- (A) Sedimento urinário normal
- (B) Presença de retinopatia ou neuropatia periférica
- (C) Queda de 20% na taxa de filtração glomerular após início de IECA ou BRA
- (D) Proteinúria rapidamente progressiva e declínio da taxa de filtração glomerular > 4 mL/min/ano

QUESTÃO 37

Entre os diagnósticos diferenciais do caso clínico anterior, inclui-se

- (A) síndrome nefrótica – nefropatia membranosa.
- (B) síndrome nefrítica – doença de lesões mínimas.
- (C) síndrome mista – glomerulonefrite difusa aguda.
- (D) síndrome nefrítica – nefropatia membranosa.

Área livre

QUESTÃO 38

Foi realizada biópsia renal percutânea no paciente do caso clínico anterior e o resultado demonstrou - 50 glomérulos e 23 destes (46%) apresentam esclerose global. À microscopia de luz foram notados aumento acentuado e difuso da matriz e celularidade mesangiais, com formação nodular mesangial multifocal, adesões capsulares fibrosas, hialinose, espessamento da membrana basal tubular e cápsula de Bowman. A imunofluorescência foi negativa para todos os marcadores, que incluíram IgA, IgM, IgG, C3, C1q, fibrinogênio, kappa e lambda. Com base nos achados morfológicos, assinale a alternativa que indica o diagnóstico.

- (A) Glomeruloesclerose segmentar e focal
- (B) Nefropatia membranosa
- (C) Doença renal diabética classe III
- (D) Gamopatia monoclonal de significado renal

QUESTÃO 39

Nos últimos anos, estudos de impacto foram publicados demonstrando benefício de algumas medicações no tratamento da hipertensão no paciente com doença renal diabética, entre eles, alguns foram capazes de reduzir desfechos renais e cardiovasculares. A respeito do tratamento da hipertensão no paciente com doença renal diabética, assinale a alternativa correta.

- (A) O uso de antagonistas de receptores mineralocorticoides não esteroides como a finerenona não é recomendado para proteção renal em pacientes com doença renal diabética e albuminúria > 30 mg/g.
- (B) A combinação de inibidor enzima conversora de angiotensina (IECA) e bloqueador do receptor de angiotensina II (BRA) tem grande potencial protetor sem grandes efeitos colaterais.
- (C) O uso de antagonistas de receptores mineralocorticoides não esteroides, como a finerenona, em associação com IECA ou BRA é recomendado em pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2 e albuminúria > 30 mg/g.
- (D) Recomenda-se o uso de IECA ou BRA para o paciente com doença renal diabética apenas se ele estiver com a PA > 140 mmHg x 90 mmHg.

QUESTÃO 40

A síndrome hepatorenal (SHR) representa o estágio mais avançado da disfunção hemodinâmica da cirrose hepática. Estima-se que 18% dos pacientes com cirrose e ascite desenvolverão SHR em um ano e 39% em cinco anos, sendo a complicação de pior prognóstico. Tendo em vista as características hemodinâmicas envolvidas na SRH, é correto afirmar que

- (A) ocorre intensa vasoconstrição esplâncnica.
- (B) aumento da resistência vascular periférica e hipertensão arterial.
- (C) aumento do volume arterial efetivo circulante.
- (D) aumento da atividade dos sistemas renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), sistema nervoso simpático (SNS) e aumento da vasopressina.

QUESTÃO 41

Acerca do diagnóstico diferencial da injúria renal aguda (IRA) em pacientes cirróticos internados, assinale a alternativa correta.

- (A) A síndrome hepatorenal corresponde a mais de 80% de todos os casos.
- (B) Síndrome hepatorenal é confirmada se houver melhora da função renal após expansão com albumina 20%.
- (C) Necrose tubular aguda e IRA pré-renal compreendem a maioria dos casos.
- (D) A síndrome hepatorenal é confirmada se houver melhora da função renal após suspensão dos diuréticos em uso.

Caso clínico para responder às questões de 42 a 46.

Um paciente 58 anos de idade foi encaminhado à nefrologia por causa de edema progressivo de membros inferiores de início há cerca de cinco meses e percepção de urina espumosa. Relata que é ex-tabagista e tem diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, bem controlada com valsartana 320 mg/dia. Nesse período, houve ganho de 18 kg. Ao exame físico encontra-se em bom estado geral, lúcido e orientado, corado, eupneico, saturando 97% a.a, ausculta cardíaca e respiratória normais, PA = 120 mmHg x 70 mmHg, edema de membros inferiores 3+/4. Trouxe exames laboratoriais com os resultados Hb = 13,4 Leucócitos totais = 8940, plaquetas = 160.000, eletroforese de proteínas séricas normal, albumina = 1,5 mg/dL, creatina = 1,6 (CKD-EPI 50 mL/min/1,73 m²), sorologia para hepatite B, C, HIV negativas, proteinúria de 24 h 10 g, urina tipo 1 Ph 6,0 densidade 1015, proteínas +++, hemácias 2.000, leucócitos 8.000, células epiteliais 4.000.

Procedeu-se com biópsia renal e a microscopia de luz demonstrou 10 glomérulos com celularidade normal, membrana basal com presença de espículas difusas. Túbulo e interstício sem alterações. Imunofluorescência com presença de IgG 3+, traços de IgM, C1q +2, C3 traços, kappa 2+, lambda +1, distribuição em alça capilar, padrão granular.

QUESTÃO 42

Qual diagnóstico anatomopatológico se enquadra no caso discutido?

- (A) Amiloidose AL
- (B) Glomerulonefrite proliferativa difusa
- (C) Doença de lesões mínimas
- (D) Nefropatia membranosa

QUESTÃO 43

Entre as colorações listadas, a que permite avaliação detalhada da membrana basal glomerular na microscopia de luz, denomina-se

- (A) tricromático de Azan.
- (B) prata metenamina de Jones.
- (C) hematoxilina e eosina.
- (D) tricômico de masson.

QUESTÃO 44

Doenças glomerulares são causa comum de doença renal crônica e o diagnóstico por meio de biópsia renal continua sendo o padrão-ouro em muitas glomerulopatias, no entanto a presença de biomarcadores sorológicos pode prever com grande acurácia o diagnóstico de algumas dessas doenças dispensando a realização de um procedimento invasivo e autorizando o tratamento. No contexto de síndrome nefrótica, dispensa a realização de biópsia renal a presença de

- (A) anti-DNA dupla-hélice em paciente de 20 anos de idade com diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico e síndrome nefrítico-nefrótica.
- (B) presença de antitrombospondina tipo I em paciente de 8 anos de idade com síndrome nefrítica.
- (C) anti-PLA2R em adultos com síndrome nefrótica.
- (D) anti-DNA de fita simples em crianças com síndrome nefrótica.

QUESTÃO 45

Após estratificação de risco para progressão da doença, assinale a alternativa que apresenta a classificação do paciente e melhor estratégia terapêutica.

- (A) Alto risco; considerar imunossupressão com rituximab ou ciclofosfamida e glicocorticoides ou inibidores da calcineurina.
- (B) Baixo risco; otimização da dose de BRA ou IECA, com reavaliação em seis meses.
- (C) Moderado risco; otimizar dose de BRA ou IECA, com reavaliação em seis meses.
- (D) Alto risco; otimizar dose de BRA ou IECA, observar por três meses e, caso não haja controle da proteinúria, iniciar tratamento imunossupressor.

QUESTÃO 46

Acerca de exames diagnósticos, assinale a alternativa correta.

- (A) A biópsia renal é um método diagnóstico seguro e que deve ser indicado para todos os pacientes que apresentam hematuria macroscópica isomórfica.
- (B) O exame de urina tipo 1 não é capaz de prever glomerulopatias.
- (C) Hematuria, edema, proteinúria > 3,5 g/dia são manifestações clínicas exclusivas de doenças glomerulares primárias.
- (D) Biópsia renal é um método diagnóstico seguro, que pode fornecer também dados relacionados ao prognóstico renal na avaliação de glomerulopatias.

QUESTÃO 47

Um paciente de 25 anos de idade, previamente hígido, foi admitido com quadro de hipertensão, edema de membros inferiores, oligúria, tosse com presença de hemoptoicos e dispneia progressiva de evolução rápida. Realizou alguns exames como tomografia de tórax que revelou hemorragia alveolar difusa e a biópsia renal que demonstrou glomerulonefrite difusa proliferativa, com crescentes celulares e depósitos lineares de IgG em alças capilares.

Considerando esse quadro clínico, a conduta terapêutica específica mais indicada a ser iniciada, denomina-se

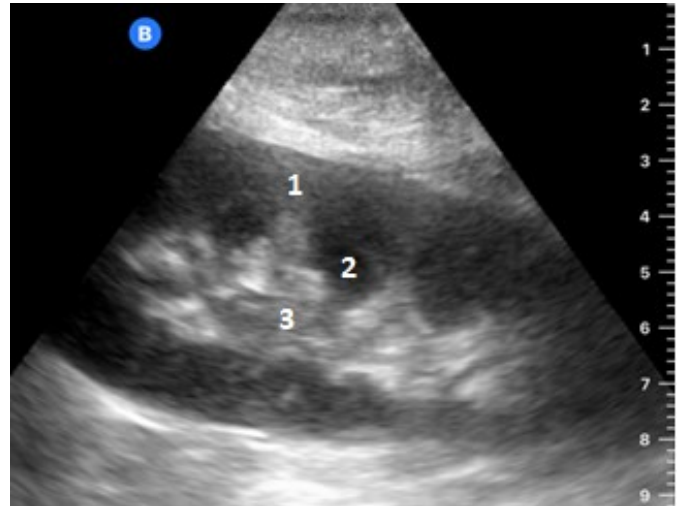
- (A) plasmaferese.
- (B) eculizumabe.
- (C) ravulizumabe.
- (D) metilprednisolona.

QUESTÃO 48

Uma paciente de 25 anos de idade, portadora de lúpus eritematoso sistêmico, está na décima primeira semana de gestação e apresenta edema, hematuria e proteinúria de 24 h de 3 g, biópsia renal demonstrou nefrite lúpica classe III, com crescentes celulares. Entre as opções terapêuticas incluem-se

- (A) azatioprina e hidroxiquina.
- (B) azatioprina e metotrexato.
- (C) hidroxiquina e micofenolato de mofetila.
- (D) ciclofosfamida e metotrexato.

QUESTÃO 49



A ultrassonografia de rins e vias urinárias é uma ferramenta não invasiva e bastante útil na avaliação das doenças renais. Com base na imagem, acerca das estruturas enumeradas, assinale a alternativa correta.

- (A) O rim apresentado exibe perda da diferenciação corticomedular, que está representada pelos números 1 e 2.
- (B) O rim apresentado exibe boa diferenciação corticomedular, que está representada pelos números 1 e 3.
- (C) O rim apresentado exibe boa diferenciação corticomedular, que está representada pelos números 1 e 2.
- (D) O rim apresentado exibe perda da diferenciação corticomedular, que está representada pelos números 2 e 3.

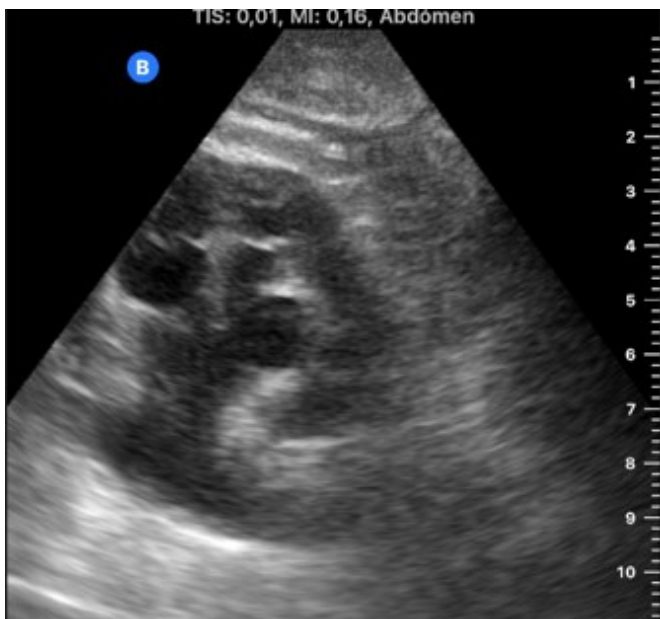
Área livre

QUESTÃO 50

Entre as vantagens da utilização de ultrassonografia à beira do leito, a possibilidade de punção vascular ecoguiada aumenta as taxas de sucesso na primeira tentativa, reduz o risco de complicações, permite a avaliação do posicionamento dos cateteres implantados para hemodiálise, além do monitoramento de possíveis complicações relacionadas ao acesso. Quanto à escolha do transdutor para punção vascular ecoguiada, assinale a alternativa correta.

- (A) Os transdutores lineares de baixa frequência são adequados, pois permitem a melhor visualização de estruturas profundas.
- (B) Devem ser utilizados, os transdutores convexos que trabalham com alta frequência, visto que eles possuem ótima resolução temporal, permitindo a identificação precisa da agulha durante a punção.
- (C) Os transdutores lineares de alta frequência devem ser utilizados, porque permitem a visualização dos vasos sanguíneos e dos movimentos pleurais, desta forma podem ser utilizados, também, para avaliação de possíveis complicações relacionadas ao procedimento, como o pneumotórax.
- (D) Os transdutores convexos de baixa frequência devem ser utilizados, uma vez que possuem ótima resolução axial o que permite melhor identificação de estruturas superficiais como os vasos sanguíneos.

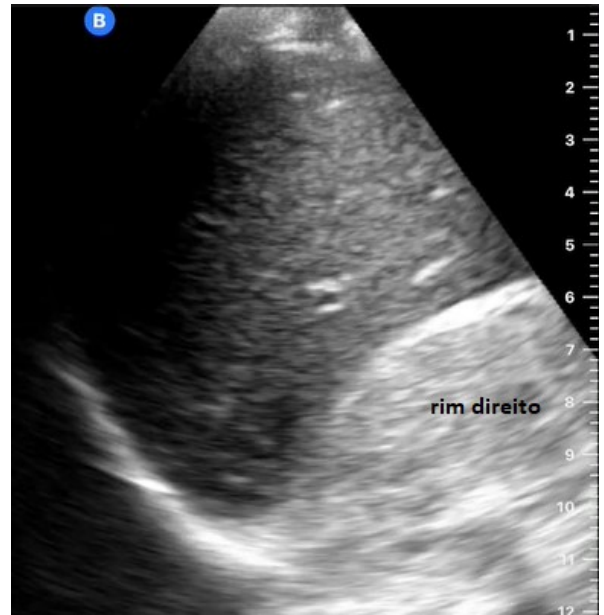
QUESTÃO 51



Um paciente de 25 anos de idade foi admitido no pronto atendimento com queixa de hematúria e dor em flanco direito. Foi realizada ultrassonografia à beira do leito, que revelou a imagem apresentada a qual representa

- (A) rim ecograficamente normal.
- (B) hidronefrose.
- (C) cistos simples renais.
- (D) cisto renal complexo.

QUESTÃO 52



Um paciente de 78 anos de idade, trabalhador rural, desconhece comorbidades, buscou atendimento médico na unidade de emergência com relato de hiporexia e náuseas de início há duas semanas e oligúria há três dias. Realizou exames laboratoriais que demonstraram creatinina = 7,5 mg/dL, Ureia = 145 mg/dL, bicarbonato = 12,5 mEq/L e potássio sérico = 5,8 mg/dL. Foi realizada, também, avaliação clínica com ultrassonografia à beira do leito.

Com base nesse caso clínico e considerando a imagem, apresentada, assinale a alternativa correta.

- (A) O rim direito apresenta-se hiperecogênico em relação ao fígado, com perda completa da diferenciação corticomedular, sugerindo diagnóstico de doença renal crônica.
- (B) O rim direito apresenta-se hipoeicogênico em relação ao fígado, com perda completa da diferenciação corticomedular, sugerindo diagnóstico de injúria renal aguda.
- (C) O rim direito apresenta-se hiperecogênico em relação ao fígado, mantendo boa diferenciação corticomedular, sugerindo diagnóstico de doença renal crônica.
- (D) O rim direito apresenta-se hipoeicogênico em relação ao fígado, com perda da diferenciação corticomedular por dilatação pielocalicial, sugerindo injúria renal aguda pós-renal.

Área livre

QUESTÃO 53

Um paciente de 70 anos de idade, diabético e tabagista, foi submetido à cateterismo cardíaco e angioplastia. No terceiro dia de pós-operatório, foi solicitada avaliação da nefrologia por piora da creatinina de 0,8 mg/dL para 3,5 mg/dL. Ao exame físico, apresenta febre de 38 °C, rash cutâneo em tronco, presença de livedo reticular difuso em membros inferiores. Exames solicitados na urgência demonstram eosinofilia. Assinale a alternativa que apresenta a principal hipótese diagnóstica para esse caso.

- (A) Ateroembolismo por colesterol
- (B) Injúria renal aguda por contraste iodado
- (C) Síndrome do anticorpo antifosfolípide
- (D) Glomerulonefrite difusa aguda

QUESTÃO 54

Um paciente de 28 anos de idade, buscou atendimento médico na emergência com dor abdominal em flanco direito e hematúria macroscópica. Relata aumento do volume abdominal nos últimos meses. Nega histórico de trauma abdominal. Não tem contato com o pai, mas sabe que realiza hemodiálise. Realizou ultrassonografia do trato urinário, à beira do leito, a qual revelou rins de tamanho aumentado com presença de múltiplos cistos bilateralmente. Com relação à doença renal policística autossômica dominante, assinale a alternativa correta.

- (A) Filhos e irmãos de pacientes com doença renal policística autossômica dominante possuem < 30% de chance de desenvolverem a doença.
- (B) Cistos pancreáticos são a manifestação extrarrenal mais prevalente.
- (C) Os genes PKD1 e PKD2 representam < 50% das famílias afetadas.
- (D) É a doença monogênica mais prevalente associada à doença renal crônica no mundo.

QUESTÃO 55

A classificação de Mayo é atualmente a melhor ferramenta para definir o risco de progressão da doença renal policística autossômica dominante e pode ser útil na tomada de decisão terapêutica. Qual exame de imagem é utilizado para realizar essa classificação?

- (A) Cintilografia renal com DTPA
- (B) Ultrassonografia de rins e vias urinárias
- (C) Ressonância nuclear magnética
- (D) Cintilografia renal com DMSA

QUESTÃO 56

Assinale a alternativa que corresponde às contraindicações absolutas para uso de tolvaptan na doença renal policística autossômica dominante (DRPAD).

- (A) Hiponatremia não corrigida e gestação
- (B) Hipernatremia não corrigida e amamentação
- (C) História de edema agudo de pulmão e insuficiência hepática
- (D) Incontinência urinária e taxa de filtração glomerular < 50%

QUESTÃO 57

A injúria renal aguda (IRA) ou Lesão renal aguda representa uma situação frequente em hospitais e especialmente unidades de terapia intensiva. Em geral, a IRA é definida como redução abrupta da taxa de filtração glomerular, levando à azotemia, distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-base. A fração de excreção de sódio (FENa) pode auxiliar no diagnóstico, nesse sentido a excreção de sódio está

- (A) FENa maior que 1% na IRA pré-renal.
- (B) FENa menor ou igual a 1% na necrose tubular aguda.
- (C) FENa maior que 1% nas vasculites.
- (D) FENa maior ou igual a 1% na nefrite intersticial aguda.

QUESTÃO 58

Uma paciente de 24 anos de idade, pratica regularmente atividade física e, após participar de meia maratona, apresenta mal-estar geral e urina escurecida. Ela buscou atendimento em pronto-socorro e relatou uso de analgésicos depois da prova para controle de dor. Realizou exames laboratoriais que apresentaram os resultados, creatinina = 2,4; ureia = 130; sódio = 140; potássio = 5,5; fósforo = 6,0; sumário de urina Ph 5,3 D 1013 proteínas +, hemoglobina +++, leucócitos 12.000, hemácias 5.000.

De acordo com esse caso clínico e considerando os exames realizados, assinale a alternativa que indica a principal hipótese diagnóstica.

- (A) Injúria renal aguda pré-renal causada por desidratação
- (B) Injúria renal aguda por rabdomiólise
- (C) Injúria renal aguda por glomerulonefrite rapidamente progressiva
- (D) Injúria renal aguda por abuso de anti-inflamatórios

QUESTÃO 59

Um paciente de 58 anos de idade, com diagnóstico de injúria renal aguda KDIGO 2, secundária à sepse em unidade de terapia intensiva.

Com base nesse caso e considerando as orientações e justificativas recebidas pelo paciente, assinale a alternativa correta.

- (A) A injúria renal aguda oligúrica possui pior prognóstico do que a não oligúrica, nesse caso o uso de diuréticos de alça podem ser usados para redução da mortalidade e da progressão da injúria renal aguda.
- (B) Caso o paciente seja submetido à cirurgia cardíaca, deve-se proceder a prescrição de N-acetilcisteína para profilaxia de novo insulto renal.
- (C) O emprego de múltiplas doses de aminoglicosídeos é considerado boa uma estratégia para minimizar sua nefrotoxicidade tubular.
- (D) O uso de anfotericina B em sua formulação lipídica está associado a menor toxicidade se comparada à formulação convencional.

QUESTÃO 60

A definição de injúria renal aguda, inclui

- (A) aumento da creatinina basal em 0,2 mg/dL em sete dias.
- (B) aumento de 1,5 x a creatinina basal em 6 horas.
- (C) volume urinário < 0,5 mL/kg em 6 horas.
- (D) volume urinário 1 mL/kg/dia.

QUESTÃO 61

Em relação à dose de diálise para pacientes em suporte renal artificial agudo, assinale a alternativa correta.

- (A) Na hemodiálise intermitente ou prolongada, o KTV semanal ideal deve ser 3,9.
- (B) Em terapias contínuas, o alvo de volume de efluente deve ser de 15-20 ml/kg/h.
- (C) Após equilíbrio hidroeletrólítico e acidobásico, não são necessários ajustes diários na prescrição.
- (D) Habitualmente em terapias contínuas, a dose prescrita não é a mesma ofertada, sendo necessária a prescrição de alvo de efluente de 50 ml/kg/h para atingir 50% da dose.

QUESTÃO 62

Acerca do tratamento da injúria renal aguda, assinale a alternativa correta.

- (A) As terapias contínuas se mostram superiores na redução de mortalidade em relação à modalidade intermitente.
- (B) Diálise peritoneal é uma modalidade possível na injúria renal aguda.
- (C) A diálise precoce, com menos de 12 h do diagnóstico da IRA Kdigo II, melhora os desfechos renais.
- (D) Controle da volemia não é indicação frequente de início de suporte renal artificial.

QUESTÃO 63

A necrose tubular aguda é uma das principais complicações em pacientes hospitalizados, que pode ser secundária a diversas condições. Uma dessas condições é a(o)

- (A) hipercalemia.
- (B) uso de novos anticoagulantes orais.
- (C) obstrução do trato urinário.
- (D) terapia com aminoglicosídeos.

QUESTÃO 64

Um paciente de 65 anos de idade, hipertenso de longa data, deu entrada na unidade de emergência com quadro de dor torácica súbita, secundária à infarto agudo do miocárdio com tempo de isquemia de 24 h, evoluiu com edema agudo de pulmão e injúria renal. Exames realizados há um mês mostravam creatinina = 0,7 mg/dL. No terceiro dia de internação hospitalar, a creatinina aumentou para 2,8 mg/dL. Levantada a hipótese de síndrome cardiorrenal (SCR), com base no quadro clínico, qual seria a classificação?

- (A) Síndrome cardiorrenal tipo 2
- (B) Síndrome cardiorrenal tipo 1
- (C) Síndrome cardiorrenal tipo 5
- (D) Síndrome cardiorrenal tipo 3

QUESTÃO 65

Um paciente de 22 anos de idade relata história de edema de membros inferiores há três meses, febre não termometrada intermitente e lesões eritematopapulares em palmas das mãos e plantas dos pés. Os primeiros exames demonstram creatinina = 0,7; ureia = 62, colesterol total = 335, albumina = 2,3 g/dL, complemento normal, antiDNA negativo, VDRL reagente 1/64, sumário de urina com proteínas +++, hemácias 2.000, proteinúria de 24 h 3,7 g. Foi realizada biópsia renal e microscopia de luz, que mostra 20 glomérulos com espessamento da membrana basal e formação de espículas, imunofluorescência positiva para IgG e C3 de padrão granular. Quanto ao diagnóstico sindrômico, etiológico e histológico, assinale a alternativa correta.

- (A) Síndrome nefrítica, sífilis, vasculite pauci-imune
- (B) Síndrome nefrótica, lúpus, glomerulopatia membranosa
- (C) Síndrome nefrótica, sífilis, glomerulopatia membranosa
- (D) Síndrome nefrítica, lúpus, glomerulonefrite membranoproliferativa

QUESTÃO 66

Um paciente de 32 anos de idade, foi encaminhado ao nefrologista por hematúria microscópica recorrente, apresentando também, hipoacusia e lenticone anterior. Diante do exposto, a hipótese diagnóstica que se enquadra nesse caso é

- (A) síndrome de Liddle.
- (B) doença de Berger.
- (C) mal de Pott.
- (D) síndrome de Alport.

QUESTÃO 67

Um paciente de 56 anos de idade foi encaminhado pelo cardiologista por proteinúria nefrótica = 7 g. O paciente tem diagnóstico recente de insuficiência cardíaca por cardiomiopatia restritiva em investigação e queixa-se, também, de macroglossia. Procedeu-se biópsia renal que demonstrou expansão mesangial com deposição de fibrilas.

Considerando esse caso clínico e a biópsia, assinale a alternativa que indica a sugestão diagnóstica.

- (A) Amiloidose primária
- (B) Granulomatose de Wegener
- (C) Nefropatia membranosa
- (D) Glomeruloesclerose segmentar e focal

Área livre

Caso clínico para responder às questões de 68 a 71.

Uma paciente de 24 anos de idade, gestante 34 semanas, G2A0P1, encontra-se em consulta de pré-natal de rotina, sem queixas do trato geniturinário e apresenta exames de rotina: creatinina = 0,4 mg/dl, ureia = 30 mg/dL, hemoglobina = 9,5 g/dL, leucócitos = 4400 / μ L, plaquetas = 180.000 $10^3/mm^3$, Exame sumário de urina: densidade = 1010, pH 7,0, proteínas negativas, hemoglobina negativas, leucócitos = 100.000, hemácias = 4.000, nitrito positivo, cristais de oxalato, urocultura positiva: *Escherichia coli*, sensível à ciprofloxacino, amoxicilina+clavulanato, cefalexina, piperacilina-tazobactam. O médico assistente, preocupado com os exames laboratoriais, solicitou um ultrassom de rins e vias urinárias que evidenciou rins aumentados de tamanho bilateralmente com hidronefrose bilateralmente, mais acentuada à direita, sem evidência de fator obstrutivo.

QUESTÃO 68

Quanto às alterações fisiológicas da gravidez, assinale a alternativa correta.

- (A) Hidronefrose bilateral mais proeminente à esquerda
- (B) Aumento do tamanho renal de 1-2 cm em razão do incremento do compartimento tubular
- (C) Aumento do volume plasmático circulante aproximadamente em 1,25 litros, porém sem que ocorra hemodiluição
- (D) Redução substancial de creatinina por causa do aumento da taxa de filtração glomerular em cerca de 50%

QUESTÃO 69

Com base no caso clínico, assinale a alternativa que indica a melhor conduta a ser tomada nesse momento.

- (A) Internar a paciente para avaliação da urologia e passagem de cateter duplo J.
- (B) Orientar a paciente acerca de sintomas de infecção urinária e de infecção urinária complicada e iniciar tratamento com cefalexina 500 mg 8/8 horas.
- (C) Não iniciar tratamento com antibiótico, pois a paciente não apresenta sintomas.
- (D) Solicitar tomografia para avaliar cálculo ureteral obstrutivo.

QUESTÃO 70

Após 48 h da avaliação ambulatorial, a paciente evoluiu com disúria, dor lombar e febre 39 °C. Os exames da admissão apresentavam creatinina = 1,5 mg/dL, uréia = 150 mg/dL, potássio = 4,2 mEq/L, diurese = 2000 mL nas últimas 24 h. Conforme a definição e classificação de injúria renal aguda pelo KDIGO, qual é a classificação dessa paciente?

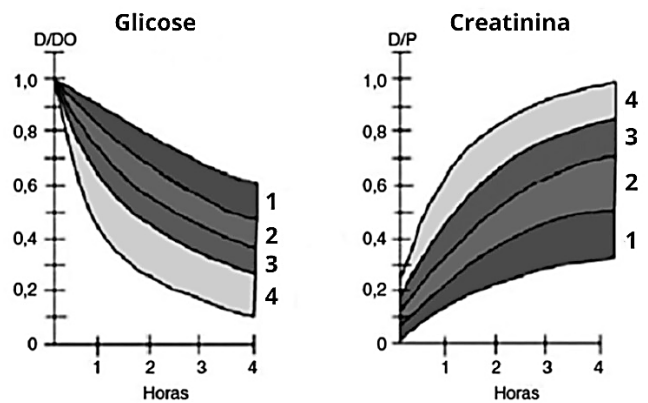
- (A) KDIGO 1
- (B) KDIGO 2
- (C) KDIGO 3
- (D) Essa paciente não tem critério de injúria renal aguda

QUESTÃO 71

Mesmo após a estabilização clínica, expansão volêmica adequada e guiada por metas, a paciente não apresentou melhora dos exames laboratoriais, mantendo diurese de 500 mL nas últimas 6 h e foi encaminhada para a UTI. A equipe da nefrologia foi chamada para avaliação. Acerca da melhor conduta a ser tomada, assinale a alternativa correta.

- (A) Trocar de antibiótico e iniciar terapia dialítica a fim de manter a vitalidade fetal objetivando ureia menor que 100mg/dL.
- (B) Manter expansão volêmica, com o objetivo de diurese maior que 3000 mL nas próximas 24 h.
- (C) Manter observação dos exames laboratoriais e iniciar corticoide para maturação fetal.
- (D) Apenas trocar o antibiótico.

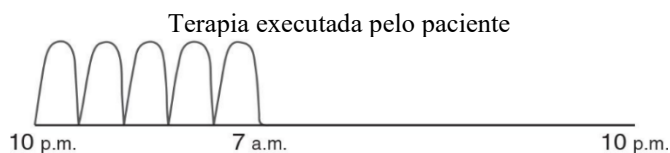
QUESTÃO 72



O teste de equilíbrio peritoneal (PET) é um método semiquantitativo da função de transporte da membrana peritoneal em pacientes em diálise peritoneal. O PET basal e suas características devem ser estabelecidas no início da terapia entre 4 e 8 semanas após o seu início, podendo ser reavaliado quando houver indicação clínica. O gráfico apresentado representa o PET de 4 pacientes diferentes que iniciaram diálise peritoneal no mesmo dia. Conforme os gráficos, acerca da classificação quanto ao equilíbrio peritoneal dos pacientes 1, 2, 3 e 4, assinale a alternativa correta.

- (A) 1- baixo transportador, 2- alto transportador, 3- médio-alto transportador, 4- médio-baixo transportador
- (B) 1- baixo transportador, 2 médio-baixo transportador, 3- médio-alto transportador, 4 alto transportador
- (C) 1- alto transportador, 2 médio-baixo transportador, 3- médio-alto transportador, 4 baixo transportador
- (D) 1- alto transportador, 2- médio-alto transportador, 3- médio-baixo transportador, 4- baixo transportador

Área livre

Caso clínico para responder às questões 73 e 74.

Um paciente de 50 anos de idade, diabético e hipertenso, em diálise peritoneal há cinco meses, iniciou há 10 dias com dor suprapúbica de modera intensidade após os esvaziamentos da cavidade durante a terapia. A enfermeira da sala de diálise peritoneal realizou coleta do líquido peritoneal com o resultado de análise do líquido peritoneal límpido, celularidade 20 células/mL, 60% linfócitos e bacterioscopia negativa.

QUESTÃO 73

De acordo com a modalidade de diálise peritoneal feita pelo paciente, o gráfico tempo *versus* volume de infusão, assinale a alternativa que apresenta

- (A) Diálise peritoneal automatizada intermitente.
- (B) Diálise peritoneal manual contínua.
- (C) Diálise peritoneal automatizada contínua.
- (D) Tidal.

QUESTÃO 74

Com relação à melhor conduta diante do quadro de dor do paciente, assinale a alternativa correta.

- (A) Reduzir o volume de infusão na cavidade.
- (B) Trocar a modalidade para Tidal.
- (C) Trocar a terapia para hemodiálise temporariamente.
- (D) Tratar peritonite bacteriana secundária com cefazolina e amicacina intraperitoneal.

QUESTÃO 75

Um Paciente em diálise peritoneal, perdeu a tampa do conector do cateter de Tenckhoff e iniciou há uma semana com febre, dor abdominal, piora clínica, líquido peritoneal turvo com 250 células/ML, 60% de neutrófilos com crescimento de cocos. Paciente estável clinicamente, sem sinais de sepse, PA = 120 mmHg x 80 mmHg, FC = 80 bpm.

Em relação à melhor opção de tratamento nesse caso, assinale a alternativa correta.

- (A) Tratamento com antibiótico intraperitoneal apenas.
- (B) Sacar cateter de Tenckhoff sem necessidade de tratamento com antibiótico.
- (C) Sacar cateter de Tenckhoff e tratamento com antibiótico endovenoso.
- (D) Não há necessidade de tratamento.

Área livre

QUESTÃO 76

Conforme as recomendações do Guideline de Peritonite da Sociedade Internacional de Diálise Peritoneal (ISPD) 2022, em um centro de diálise, a taxa de pacientes livres de peritonite deve ser

- (A) menor que 80% e deve ser calculada uma vez ao ano.
- (B) maior que 80% e deve ser calculada uma vez a cada três meses.
- (C) menor que 50% e deve ser calculada uma vez ao dia.
- (D) maior que 50% e deve ser calculada uma vez a cada três meses.

QUESTÃO 77

Assinale a alternativa que apresenta medida para prevenção de peritonite.

- (A) Não usar antibiótico profilático no momento da inserção do cateter de Tenckhoff.
- (B) Manter a cavidade peritoneal cheia durante colonoscopia.
- (C) Uso de antifúngico sempre que o paciente em diálise peritoneal utilizar curso de antibiótico para qualquer foco.
- (D) Não utilizar antibiótico profilático após contaminação úmida do sistema de diálise peritoneal.

QUESTÃO 78

De acordo com a normativa da Sociedade Brasileira de Nefrologia, acerca das recomendações técnicas para hemodiálise intra-hospitalar, assinale a alternativa correta.

- (A) A indicação, prescrição e supervisão da hemodepuração são de responsabilidade do médico nefrologista ou do intensivista capacitado.
- (B) Durante o período em que estiver(em) ocorrendo a(as) hemodiálises, por método de curta duração, deve haver médico nefrologista presente no hospital.
- (C) No hospital em que estiver ocorrendo a hemodiálise, deve haver médico nefrologista para atender emergências clínicas.
- (D) Os filtros e as linhas sanguíneas podem ser reutilizados.

QUESTÃO 79

No que concerne aos Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Diálise, assinale a alternativa correta.

- (A) Todos os membros da equipe de saúde responsáveis pelo atendimento ao paciente ao longo do procedimento hemodialítico devem permanecer no ambiente de diálise durante toda a sessão.
- (B) É proibido o reuso de dialisadores de paciente com sorologia positiva para hepatite B e HIV, porém é permitido para paciente com hepatite C.
- (C) Os dialisadores podem ser utilizados para o mesmo paciente, no máximo, 15 vezes, observando-se a medida mínima permitida do volume interno das fibras, não podendo ter redução maior que 20%.
- (D) As amostras da água para hemodiálise para fins de análises microbiológicas devem apresentar contagem de bactérias heterotróficas, no máximo, de 200 UFC/mL.

QUESTÃO 80

Uma paciente de 50 anos de idade, portadora de doença renal crônica estágio G5 por hipertensão, está se preparando para início de terapia renal substitutiva. Entre os exames para início de hemodiálise, foi solicitado HbsAg o qual veio positivo. Quanto à diálise dessa paciente com sorologia positiva para hepatite B, assinale a alternativa correta.

- (A) A assistência à paciente com sorologia positiva para hepatite B deve ser realizada por profissional exclusivo apenas durante o início e o término da sessão de hemodiálise.
- (B) É vedado ao profissional que não soroconverteu, após a vacinação contra o vírus da hepatite B e a adoção do protocolo de vacinação do Programa Nacional de Imunização (PNI), atuar na sessão de hemodiálise e no processamento de dialisadores e linhas de pacientes com sorologia positiva para hepatite B.
- (C) É vedado o reuso de dialisadores de pacientes com sorologia positiva para hepatite B, porém é permitido o reuso das linhas.
- (D) A sala para hemodiálise de pacientes com sorologia positiva para hepatite B é obrigatória em todo centro de diálise.

QUESTÃO 81

Nefrologistas geralmente enfrentam conversas difíceis que geram ansiedade e insegurança, como dar más notícias, discutir prognóstico, falar sobre início, manutenção ou retirada da diálise, ou cuidados no final da vida.

A esse respeito, assinale a alternativa correta.

- (A) À medida que as doenças de base progridem, as metas de cuidado dos pacientes tendem a mudar para se concentrar quase exclusivamente na qualidade de vida, e não na sobrevida, com uma forte ênfase no apoio emocional, social e familiar.
- (B) As decisões de iniciar, manter ou retirar os pacientes da diálise não devem ser uma decisão compartilhada.
- (C) A vantagem de sobrevida da diálise desaparece em pacientes de 75 anos de idade, porém não é uma realidade para pacientes com altos níveis de comorbidades e (ou) estado funcional ruim.
- (D) Não existem ferramentas adequadas para prever prognóstico em pacientes com doença renal crônica.

Área livre

QUESTÃO 82

Não obstante os potenciais benefícios de uma dose adequada de diálise, há um reconhecimento crescente de que uma carga significativa de danos pode surgir a partir da administração de diálise convencional. Em paciente idoso e frágil, essa alta carga de danos parece ser mais pronunciada. Acerca da possibilidade de início de diálise em um paciente com esse perfil, assinale a alternativa correta.

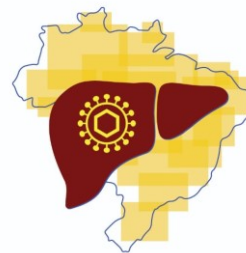
- (A) O mais adequado seria iniciar hemodiálise três vezes por semana, com objetivo de KT/V 1,2.
- (B) A indicação de diálise incremental levando em consideração a função renal residual do paciente traria uma transição suave do tratamento conservador para o tratamento dialítico.
- (C) A diálise incremental tem como objetivo atingir KT/V 1,2 com aumento da frequência das diálises.
- (D) As vantagens da hemodiálise incremental podem ser particularmente importantes para pacientes idosos, mas não para pacientes com expectativa de vida curta.

QUESTÃO 83

Um paciente de 40 anos de idade, portador de doença renal crônica por abuso de anti-inflamatórios, CKD-EPI 10 mL/min, iniciará terapia de substituição renal por hipercalemia refratária e sintomas urêmicos, o qual escolheu início em diálise peritoneal. Em sua primeira prescrição, optou-se por levar em consideração a função renal residual do paciente, já que ele apresenta 1200 mL de diurese em 24 h aproximadamente. No que se refere à escolha por diálise peritoneal incremental, assinale a alternativa que indica possível risco desse método.

- (A) Baixo *clearance* de solutos
- (B) Hipocalemia
- (C) Perda mais acelerada da função renal residual
- (D) Maior risco de peritonite

Caso clínico para responder às questões 84 e 85.



Registro Brasileiro para Eliminação da
HEPATITE C
nas Unidades de Diálise



Sociedade Brasileira de Nefrologia

O projeto Registro Brasileiro para Eliminação da Hepatite C nas Unidades de Diálise foi criado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), em parceria com a Sociedade Brasileira de Hepatologia (SBH) e o Instituto Brasileiro do Fígado (IBRAFIG) com o objetivo de eliminar a hepatite C dos centros de diálise no Brasil.

QUESTÃO 84

Com relação à hepatite C no paciente portador de doença renal crônica, assinale a alternativa correta.

- (A) O tratamento da hepatite C apresenta níveis acima de 90% de resposta sorológica, porém, nos pacientes em diálise, a resposta ao tratamento não chega a 50%.
- (B) Pacientes com alteração não justificada da enzima alanina aminotransferase, mesmo que sejam elevações discretas, devem ser investigados para hepatite C apenas.
- (C) O critério de cura é a documentação da negatividade do HCV-RNA 1 meses após o término do tratamento.
- (D) Para rastreio inicial, são utilizados os testes imunoenzimáticos, mas, podem apresentar resultados falsos negativos em pacientes imunocomprometidos e em hemodiálise.

QUESTÃO 85

Quanto ao tratamento da hepatite C no paciente portador de doença renal crônica, assinale a alternativa correta.

- (A) Todo paciente com hepatite C positiva deve dialisar em sala separada dos demais no centro de diálise.
- (B) O esquema de tratamento com interferon e ribavirina é bem aceito em qualquer taxa de filtração glomerular.
- (C) Pacientes portadores de doença renal crônica em tratamento conservador com TFG superior a 30 mL/min podem ser tratados com a combinação ombitasvir+veruprevir+dasabuvir.
- (D) Todos os esquemas contendo sofosbuvir são seguros em pacientes em diálise.

QUESTÃO 86

Conforme a nova padronização de nomenclatura para a injúria renal aguda (IRA) e os métodos dialíticos da SBN publicada em 2022, assinale a alternativa correta.

- (A) O termo falência renal aplica-se aos casos de quadros que durem mais de três meses evoluindo para doença renal crônica.
- (B) O termo terapia renal substitutiva refere-se a qualquer processo de substituição da função renal, tais como, hemodiálise e diálise peritoneal apenas.
- (C) O termo doença renal aguda aplica-se a quadros com mais de três meses de duração.
- (D) O termo injúria renal aguda, estágio 3D, refere-se a toda IRA classificada com KDIGO 3

Caso clínico para responder às questões de 87 a 89.

Um paciente de 40 anos de idade, 90 kg, foi admitido na UTI com quadro de pulmão de SARA causado por infecção por vírus influenza, P/F = 100, Fio2 = 100%, instável hemodinamicamente com noradrenalina 1,2 mcg/Kg/min, em posição de prona. 48 h após a intubação, o paciente evoluiu com oligúria, diurese = 500 mL e injúria renal aguda com indicação de terapia renal substitutiva.

QUESTÃO 87

Assinale a alternativa que apresenta indicação formal de hemodiálise contínua.

- (A) Edema cerebral
- (B) Doses de noradrenalina menores que 1,0 mcg/kg/min
- (C) Intoxicação por lítio
- (D) Hipercalemia grave refratária

QUESTÃO 88

Ao optar por iniciar diálise contínua para esse paciente, assinale a alternativa correspondente a melhor escolha de terapia e prescrição de dose de diálise.

- (A) CVVHD, 4500 mL
- (B) CVVHD, 900 mL
- (C) CVVH, 900 mL
- (D) CVVH, 2250 mL

QUESTÃO 89

Diante do uso de terapia de substituição renal contínua, faz-se necessário o uso de anticoagulação regional ou sistêmica a fim de manter a patência do circuito. Com relação às possíveis complicações da anticoagulação regional com citrato, assinale a alternativa correta.

- (A) Hipocalcemia sistêmica, alcalose metabólica
- (B) Redução do bicarbonato sérico, hiponatremia
- (C) Maior risco de sangramento em relação à heparina, acidose metabólica com ânion GAP normal
- (D) Hipercalemia sistêmica, alcalose metabólica

QUESTÃO 90

Um paciente de 60 anos de idade, portador de doença renal crônica e diabetes *mellitus*, estágio G4, CKD- EPI 18 mL/min, com boa diurese residual, sem hipercalemia, apresentando fósforo sérico = 7,0 mg/dL, já em uso de quelante a base de cálcio, ainda em preparo de acesso vascular para início de hemodiálise. O uso de análogos de cetoácidos, compostos bioativos de aminoácidos essenciais, são alternativa na estratégia nutricional do paciente DRC estágios 4 e 5, pois

- (A) aumentam a proteinúria e retardam o início da diálise.
- (B) reduzem as escórias nitrogenadas, porém mantendo o aporte proteico.
- (C) aumentam a carga ácida e reduzem as toxinas urêmicas.
- (D) aumenta a carga de fósforo.

Área livre

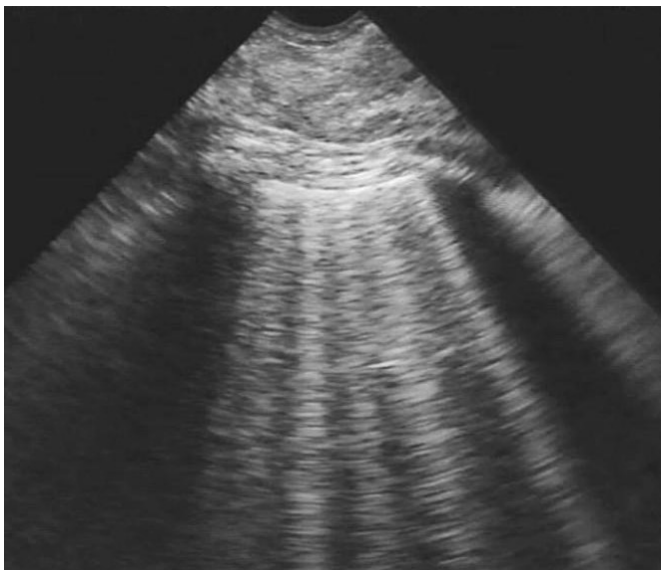
QUESTÃO 91

A máquina de hemodiálise começou a alarmar por causa da elevação de pressão venosa, após uma hora do início de uma sessão em um paciente que faz hemodiálise há 10 anos.

Acerca das causas de elevação de pressão venosa e os possíveis manejos, assinale a alternativa correta.

- (A) Causa: coagulação no filtro da linha venosa
Manejo: aumentar o fluxo de sangue
- (B) Causa: agulha venosa de pequeno calibre
Manejo: troca da agulha por calibre maior
- (C) Causa: coagulação da agulha venosa
Manejo: inverter a via venosa pela arterial
- (D) Causa: acotovelamento da linha venosa
Manejo: troca da linha venosa

Caso clínico para responder às questões de 92 a 94



Uma paciente de 62 anos de idade, portadora de doença renal crônica em hemodiálise há cinco anos por fístula arteriovenosa braquiocefálica, diabética, com hiperparatireoidismo secundário, apresentando restrições dietéticas importantes, baixa ingestão alimentar e fraqueza. Seu peso seco pós-diálise por avaliação subjetiva é 95 kg, tem se mantido estável nos últimos dois meses. Ao exame físico, encontra-se dispneica aos esforços, crepitações em bases pulmonares e edema bilateral no tornozelo, e seu peso pré-diálise foi 95,5 Kg. Há registro, também, de sangramento de ambos os pontos de punção das agulhas por tempo prolongado após a sessão, com relatos de sangramento em casa. Ao realizar avaliação ultrassonográfica do pulmão foi encontrado um padrão bilateralmente até terço médio.

QUESTÃO 92

Qual é o padrão-ouro para avaliação da composição corporal dessa paciente?

- (A) Avaliação ultrassonográfica à beira leito do diâmetro da veia cava
- (B) Antropometria e avaliação subjetiva global
- (C) Dosagem da albumina sérica
- (D) Emissão de raios X de dupla energia (DEXA)

QUESTÃO 93

No que se refere à melhor estratégia diante do quadro clínico dessa paciente e dos achados ao ultrassom pulmonar à beira leito, assinale a alternativa correta.

- (A) Iniciar antibiótico endovenoso e encaminhar paciente para a tomografia.
- (B) Reduzir o peso seco imediatamente e avaliar ultrassom pulmonar em duas semanas.
- (C) Reduzir o peso seco imediatamente e reavaliar ultrassom pulmonar após o término da sessão de hemodiálise.
- (D) Iniciar anticoagulação terapêutica com apixabana e angiotomografia de tórax.

QUESTÃO 94

A melhor estratégia diante do quadro de sangramento nos pontos de punção é

- (A) reduzir a dose de heparina na sessão.
- (B) dosar INR da paciente pós-sessão.
- (C) trocar a agulha utilizada na punção.
- (D) avaliar estenose aferente na fístula arteriovenosa.

QUESTÃO 95

Um paciente de 45 anos de idade foi diagnosticado com doença renal crônica há 10 anos. Sua condição evoluiu progressivamente para estágio G5 da DRC, necessitando iniciar hemodiálise, há dois anos, por fístula arteriovenosa, mas nunca precisou utilizar cateter duplo lúmen.

Com relação aos exames específicos, para a inscrição de candidatos na lista de transplantes de rim, assinale a alternativa correta.

- (A) Anticorpos IgG e IgM contra toxoplasmose, anticorpos IgG e IgM contra o vírus de Epstein-Barr
- (B) Reatividade contra painel classe I e II, endoscopia digestiva alta
- (C) Ultrassom de abdome total, Doppler arterial e venoso de ilíacas e femorais
- (D) Determinação dos antígenos leucocitários humanos - HLA, cintilografia miocárdica

Área livre

Caso clínico para responder às questões 96 e 97.

Um paciente de 40 anos de idade, portador de doença renal crônica diabetes do tipo 1, CKD-EPI = 12 mL/min/ 1,72 m², iniciará diálise por sintomas urêmicos refratários e, ainda, apresenta boa diurese residual. Em consulta ambulatorial, foram apresentados os dois métodos para ele, diálise peritoneal e hemodiálise, bem como suas vantagens e desvantagens.

QUESTÃO 96

As vantagens e desvantagens da hemodiálise e diálise peritoneal, são respectivamente

- (A) Hemodiálise: Vantagem: terapia realizada em tempo menor. Desvantagem: remoção lenta de escórias
Diálise peritoneal: Vantagem: método domiciliar. Desvantagem: maior perda proteica para o dialisato
- (B) Hemodiálise: Vantagem: rápida remoção de escórias. Desvantagem: necessidade de punção vascular todas as sessões
Diálise peritoneal: Vantagem: retirada rápida de ultrafiltração. Desvantagem: maior risco cardiovascular
- (C) Hemodiálise: vantagem: maior proteção cardiovascular. Desvantagem: risco de infecção de corrente sanguínea
Diálise peritoneal: vantagem: retirada lenta de ultrafiltração. Desvantagem: piora do controle glicêmico
- (D) Hemodiálise: Vantagem: remoção rápida de escórias. Desvantagem: risco de falência de acesso
Diálise peritoneal: Vantagem: Preservação por mais tempo da diurese residual. Desvantagem: risco de peritonite

QUESTÃO 97

Após receber as explicações, o paciente optou por iniciar diálise peritoneal e recebeu a seguinte prescrição.

Diálise peritoneal automatizada noturna, volume de infusão 2000 mL, oito ciclos, tempo total de terapia 10 horas, usando bolsa de 2,5%.

Após duas semanas de terapia o paciente apresenta-se na emergência muito dispneico e com saturação = 88%. Na admissão raios X de tórax que constatou derrame pleural à direita volumoso, parênquima pulmonar sem sinais de congestão ou consolidação. Foi realizada toracocentese de alívio com o seguinte resultado:

Análise do líquido pleural: líquido claro, pH = 6,0, celularidade = 10 células/L, DHL = 100 U/L, Glicose = 850 mg/dL, Proteínas = 2,0 bacterioscopia negativa.
Análise sérica = DHL = 200 U/L, glicemia = 150 mg/dL, proteínas totais = 6

O provável diagnóstico e a melhor conduta são

- (A) pneumonia; iniciar antibiótico.
- (B) hipervolemia; trocar solução para 4,25% e aumentar tempo de sessão para 12 horas.
- (C) empiema; drenagem do tórax.
- (D) hidrotórax; pleurodese.

QUESTÃO 98

Um paciente que fará sua primeira sessão de hemodiálise por fistula rádio-cefálica. Entre todo o atendimento inicial e prescrição da primeira hemodiálise será avaliada a maturação da fistula e a avaliação de parâmetros adequados que permitem a segura punção.

A punção dessa fístula será autorizada se

- (A) houver, no mínimo, sete semanas entre a confecção da fistula e a primeira punção.
- (B) a fistula apresentar no mínimo, 600 mL/min de fluxo de sangue.
- (C) a fistula estiver a mais que 6 mm de profundidade.
- (D) a fistula apresentar 4 mm de diâmetro.

QUESTÃO 99

Uma criança de 8 anos de idade que foi diagnosticada com uma doença renal crônica, estágio G5, em razão de nefropatia por refluxo. No momento, apresenta fadiga generalizada, anorexia e edema nas extremidades, especialmente nas pernas e iniciou hemodiálise hoje. Para pacientes pediátricos em hemodiálise o KT/V de compartimento único alvo é

- (A) 1,2.
- (B) 1,4.
- (C) 2,1.
- (D) 0,7.

QUESTÃO 100

A hemodiálise pode ser indicada nas intoxicações quando o paciente apresentar piora progressiva do quadro clínico apesar da terapia de suporte, desde que a substância seja dialisável. Diante de um caso de intoxicação por fenobarbital em tentativa de autoextermínio, em paciente de 30 anos de idade, apresentando rebaixamento de nível de consciência e necessidade de intubação orotraqueal, a adequação da hemodiálise deve observar algumas recomendações.

A respeito desse assunto, assinale a alternativa correta.

- (A) Usar dialisadores de alta eficiência e alto fluxo.
- (B) Hipofosfatemia não é um problema que pode ocorrer.
- (C) Geralmente são necessárias várias sessões de hemodiálise para redução considerável dos níveis sanguíneos do fenobarbital.
- (D) A terapia de escolha é a diálise peritoneal.

Área livre

ATENÇÃO

**Aguarde a autorização do
fiscal para iniciar a prova.**

Realização

**iades**

Instituto Americano de Desenvolvimento