

TIPO**1****Endare**

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2026/2027

TARDE**ANO ADICIONAL****TRANSPLANTE DE RIM
(NEFROLOGIA R3)****PROVA OBJETIVA – TIPO 1****SUA PROVA**

- Além deste caderno de questões contendo **80 (oitenta)** questões objetivas, você receberá do fiscal de sala uma folha para a marcação das respostas.

**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 e o tipo do seu caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de questões com programa 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 prova!

Nefrologia

1

Conceitualmente, pacientes com desidratação apresentam déficit de água intracelular causado por hipertonicidade e desequilíbrio hídrico, cujo diagnóstico exige avaliação laboratorial da concentração plasmática de Na^+ e/ou da tonicidade plasmática.

Já os pacientes com depleção de volume apresentam perda efetiva de Na^+ corporal total com consequente redução no volume intravascular que é mais precisamente descrita como depleção do volume do fluido extracelular.

Sobre o diagnóstico de depleção de volume extracelular (hipovolemia) é correto afirmar que

- (A) exige avaliação laboratorial.
- (B) baseia-se exclusivamente no débito urinário.
- (C) a ausência de hipotensão ortostática afasta o diagnóstico.
- (D) costuma cursar com hiponatremia.
- (E) baseia-se principalmente na história clínica e no exame físico, os exames laboratoriais desempenham papel complementar.

2

Paciente em Unidade de Terapia Intensiva mantido com ventilação mecânica invasiva há 10 dias e apresentando hipernatremia com 152 mEq/L.

Com relação a este distúrbio hidroeletrólítico, é correto afirmar que

- (A) a mortalidade aumenta proporcionalmente à rapidez do desenvolvimento da hipernatremia.
- (B) a hipernatremia é uma condição clínica que não apresenta associação independente com aumento de morbidade e/ou mortalidade.
- (C) é um distúrbio eletrolítico comum e requer medidas terapêuticas específicas apenas quando Na^+ sérico > 155mEq/L.
- (D) se desenvolve basicamente pelo aumento da reabsorção de sódio tubular renal, quando a fração de excreção de sódio é < 1%.
- (E) é um distúrbio determinante da queda da osmolaridade plasmática, sendo compensado com a perda proporcional de potássio.

3

O Diabetes Insípido central resulta da síntese ou secreção prejudicada de arginina vasopressina (AVP) e é caracterizado pela excreção de urina inapropriadamente diluída, apesar da hiperosmolaridade plasmática. O Diabetes Insípido nefrogênico é caracterizado pela resistência renal ao AVP, resultando na incapacidade de promover a concentração urinária, mesmo com os níveis circulantes de AVP estando adequadamente elevados.

Essas duas situações clínicas podem ser observadas por diferenças em

- (A) seus níveis de glicemia.
- (B) seus níveis de hipostenúria.
- (C) suas respostas à desmopressina.
- (D) seus volumes de poliúria.
- (E) seus níveis de hipertensão arterial.

4

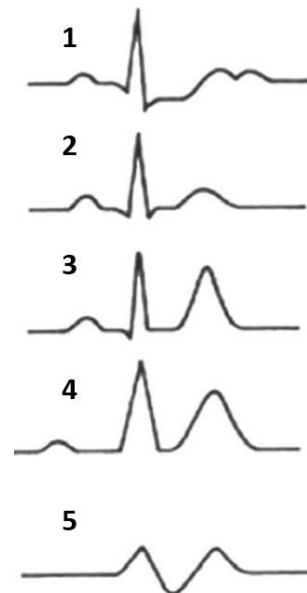
A hipercalemia pode ter origem medicamentosa iatrogênica. Os medicamentos que causam hipercalemia podem ser divididos em dois grupos: aqueles que diminuem a produção de aldosterona e aqueles que diminuem a resposta à aldosterona. Os medicamentos que diminuem a resposta à aldosterona incluem

- (A) inibidores de calcineurina, bloqueadores de receptores de angiotensina II (ARBs), beta bloqueadores.
- (B) anti-inflamatórios não-hormonais, heparina, inibidores de enzima de conversão da angiotensina (IECA).
- (C) antagonista de receptor mineralocorticoide (MR), inibidores de canal de Sódio (ENaC), trimetoprima.
- (D) inibidores de canal de Sódio (ENaC), inibidores de calcineurina, inibidores de enzima de conversão da angiotensina (IECA).
- (E) heparina, trimetoprima, anti-inflamatórios não-hormonais.

5

As alterações da calemia podem ameaçar a vida e representam uma emergência médica, exigindo o pronto diagnóstico e a adoção de intervenções terapêuticas adequadas na prática clínica diária.

Considere os traçados eletrocardiográficos abaixo



Assinale a opção que indica, respectivamente, os traçados eletrocardiográficos correspondentes à hipercalemia, à hipocalcemia e ao ECG normal.

- (A) 2 – 5 – 1.
- (B) 3 – 4 – 1.
- (C) 4 – 2 – 3.
- (D) 3 – 1 – 2.
- (E) 5 – 4 – 3.

6

A deficiência de ferro está presente em mais de 40% dos pacientes com DRC que ainda não fazem diálise. A deficiência de ferro é multifatorial e o estado metabólico do ferro deve ser avaliado regularmente nestes pacientes.

A respeito dos parâmetros laboratoriais avaliados, assinale a afirmativa correta.

- (A) Os valores de ferritina sérica têm maior valor preditivo para deficiência de ferro quando elevados (> 800 ng/mL).
- (B) O índice de saturação de transferrina não informa sobre a biodisponibilidade do ferro no organismo.
- (C) O índice de saturação de transferrina $< 20\%$ indica alta disponibilidade de ferro na DRC.
- (D) A deficiência orgânica de ferro causa diminuição da eficácia da terapia com agentes estimuladores da eritropoiese.
- (E) O nível sérico de ferritina não se altera nos estados inflamatórios.

7

O desenvolvimento de Doença Mineral Óssea é uma preocupação nos pacientes portadores de Doença Renal Crônica.

O calcitriol e os análogos da Vitamina D são ferramentas terapêuticas empregadas para mitigar os distúrbios metabólicos da doença renal e são preconizados para

- (A) todos os pacientes adultos com DRC em estágios G3a a G5, mesmo que não estejam em diálise.
- (B) pacientes com DRC em estágios G4 a G5 com hiperparatireoidismo grave (>300 pg/mL) e progressivo.
- (C) uso rotineiro a partir do estágio 3, independentemente dos níveis de paratormônio.
- (D) pacientes submetidos a hemodiálise que tenham hiperfosfatemia > 6 mg/dL, exclusivamente.
- (E) todos os pacientes com níveis de paratormônio > 200 pg/mL.

8

Paciente apresentando hematúria com o seguinte padrão visualizado no exame microscópico de urina:

A hipótese diagnóstica é

- (A) hematúria decorrente de nefrolitíase.
- (B) hematúria decorrente de cistite infecciosa.
- (C) hematúria dismórfica por glomerulopatia.
- (D) hematúria tubular.
- (E) hematúria por anemia falciforme.

9

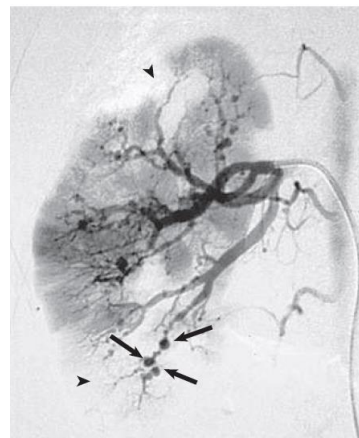
A nefropatia membranosa (NM) é uma causa frequente de síndrome nefrótica devido a depósitos imunes na superfície subepitelial da parede dos capilares glomerulares.

Sobre a nefropatia membranosa é correto afirmar que

- (A) anticorpos anti-PLA2R circulantes são detectáveis no soro de 75% a 80% dos pacientes com NM primária.
- (B) a NM secundária não ocorre em pacientes com tumores sólidos.
- (C) a hematúria caracteriza a NM secundária infecciosa.
- (D) a proteinúria da NM é seletiva para albumina.
- (E) a proteinúria nefrótica não impacta no aumento do risco cardiovascular dos pacientes com NM.

10

Paciente de 56 anos, passado recente de hepatite B, com história de febre, artralgia, hipertensão arterial leve, mononeurite periférica e dor abdominal difusa, acompanha de nodulos cutâneos difusos vermelhos e dolorosos. A investigação diagnóstica apresentou a imagem angiográfica abaixo, com falhas de perfusão segmentares e aneurismas vasculares (setas):



A hipótese diagnóstica é

- (A) endocardite infecciosa.
- (B) pielonefrite.
- (C) arterite de Takayasu.
- (D) poliarterite nodosa.
- (E) nefropatia por IgA.

11

A Fístula Arteriovenosa (FAV) é o acesso preferencial para realização de hemodiálise em pacientes com Doença Renal Crônica estágio 5.

Dentre as complicações descritas está a "Síndrome do Roubo" associado à FAV, que ocorre quando o fluxo sanguíneo

- (A) é desviado preferencialmente para as extremidades, causando redução na circulação na FAV.
- (B) é insuficiente para a FAV e para a extremidade.
- (C) é desviado preferencialmente para ramos vasculares colaterais, causando redução do fluxo na FAV.
- (D) é desviado preferencialmente para a fístula, causando redução na circulação das extremidades.
- (E) é desviado preferencialmente para a fístula, causando insuficiência cardíaca.

12

A peritonite fúngica é uma complicação potencial naqueles pacientes submetidos à diálise peritoneal (DP).

Quando diagnosticada a etiologia da peritonite fúngica, a conduta imediata deve ser

- (A) adicionar anfotericina B nos banhos e manter DP.
- (B) fazer antifúngico oral por 15 dias e manter DP.
- (C) retirar o cateter de DP e fazer antifúngico venoso por uma semana.
- (D) retirar o cateter de DP e fazer antifúngico venoso por duas semanas.
- (E) apenas mudar o método para hemodiálise por 15 dias.

13

Assinale a opção que não se correlaciona com a ocorrência de hipotensão intradiálitica.

- (A) Alimentação durante a hemodiálise.
- (B) Ultrafiltração em excesso.
- (C) Recirculação aumentada na fístula arteriovenosa.
- (D) Infecção bacteriana sistêmica.
- (E) Arritmia cardíaca.

14

Entre os critérios determinados pelo KDIGO 2026 (Kidney Disease: Improving Global Outcomes), o diagnóstico de Injúria Renal Aguda pode ser determinado por um dos seguintes dados:

- (A) Aumento da creatinina sérica $\geq 0,3$ mg/dL em até 48 horas; Aumento da creatinina sérica para $\geq 1,5$ vez o valor basal em até 7 dias; Redução do volume urinário para $< 0,5$ mL/kg/hora por pelo menos 6 horas.
- (B) Aumento da creatinina sérica $\geq 0,3$ mg/dL em até 24 horas; Aumento da creatinina sérica para $\geq 2,5$ vezes o valor basal em até 7 dias; Redução do volume urinário para $< 0,5$ mL/kg/hora por pelo menos 24 horas.
- (C) Aumento da creatinina sérica $\geq 1,3$ mg/dL em até 48 horas; Aumento da creatinina sérica para $\geq 1,5$ vez o valor basal em até 7 dias; Redução do volume urinário para $< 0,5$ mL/kg/hora por pelo menos 12 horas.
- (D) Aumento da creatinina sérica $\geq 0,3$ mg/dL em até 48 horas; Aumento da creatinina sérica para $\geq 2,5$ vezes o valor basal em até 7 dias; Redução do volume urinário para $< 1,5$ mL/kg/hora por pelo menos 6 horas.
- (E) Aumento da creatinina sérica $\geq 0,3$ mg/dL em até 12 horas; Aumento da creatinina sérica para $\geq 1,5$ vez o valor basal em até 7 dias; Redução do volume urinário para $< 0,5$ mL/kg/hora por pelo menos 12 horas.

15

A Doença Renal Aguda é atualmente conceituada como qualquer alteração

- (A) funcional com duração entre 7 dias e 3 meses.
- (B) funcional ou estrutural com duração entre 7 dias e 3 meses.
- (C) qualquer alteração estrutural com duração entre 7 dias e 3 meses.
- (D) qualquer alteração funcional ou estrutural com duração menor que 30 dias.
- (E) qualquer alteração funcional com duração menor que 30 dias.

16

A legislação de hemodiálise no Brasil é regulada em conjunto pelo Ministério da Saúde e pela ANVISA que definem as normas e os critérios de funcionamento dos serviços. De acordo com a Portaria GM/MS nº 389/2014, para iniciar tratamento com hemodiálise ambulatorial são necessários exames sorológicos virais, exames da função renal e hematológicos.

As sorologias virais obrigatórias incluem

- (A) Hepatite A, Hepatite B, HIV.
- (B) Hepatite A, Hepatite C, HIV.
- (C) Hepatite B, Hepatite C, HIV.
- (D) Hepatite B, Hepatite D, HIV.
- (E) Hepatite A, Hepatite D, HIV.

17

A síndrome urêmica ou uremia é um conjunto de manifestações clínicas e biológicas predominantes na DRC no estágio 5. As manifestações clínicas da Síndrome Urêmica são numerosas e têm intensidade variável.

Em relação à síndrome urêmica, assinale a afirmativa correta.

- (A) Nos pacientes com síndrome urêmica, o desaparecimento dos sintomas comprova a eficácia do tratamento dialítico.
- (B) Manifestações cardiovasculares são a principal causa de morbidade e mortalidade nos pacientes urêmicos.
- (C) As toxinas urêmicas são compostas de moléculas com peso molecular médio.
- (D) Manifestações neurológicas na síndrome urêmica envolvem neuropatia central e periférica.
- (E) Sensibilidade às infecções e resistência à vacinação.

18

Como causa de Injúria Renal Aguda, os seguintes agentes terapêuticos têm sido associados à nefrose osmótica na prática clínica, exceto um. Assinale-o.

- (A) Inibidores da anidrase carbônica.
- (B) Manitol.
- (C) Inibidores de SGLT2.
- (D) Agentes de contrastes radiológicos.
- (E) Hidroxietilamido.

19

A seguinte opção se relaciona à substituição da função renal através de hemodiálise, no longo prazo:

- (A) Apneia do sono.
- (B) Síndrome do túnel do carpo.
- (C) Glaucoma.
- (D) Zumbido auditivo.
- (E) Alopecia Areata.

20

Com base na legislação da doação de órgãos no Brasil (Lei nº 9.439 de 4/02/1997), assinale a afirmativa correta.

- (A) A disposição gratuita de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, em vida ou post mortem, para fins de transplante e tratamento, é permitida na forma desta Lei, incluindo sangue, o espermatozoide e o óvulo.
- (B) A realização de transplante ou enxertos de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano poderá ser realizada por qualquer estabelecimento de saúde;
- (C) A retirada *post mortem* de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica, constatada e registrada por um médico não participante da equipe de remoção e transplante.
- (D) Será admitida a presença de médico de confiança da família do falecido no ato da comprovação e atestação da morte encefálica.
- (E) Os prontuários médicos, contendo os resultados ou os laudos dos exames referentes aos diagnósticos de morte encefálica deverão ser guardados por 15 anos.

21

Das glomerulopatias relacionadas nas opções a seguir, assinale aquela para a qual podemos iniciar o tratamento imunossupressor sem confirmar o diagnóstico por biópsia renal ou teste genético.

- (A) Glomerulonefrite proliferativa difusa.
- (B) Glomerulosclerose segmental e focal.
- (C) Glomerulopatia por membrana fina.
- (D) Doença de lesão mínima em crianças.
- (E) Nefropatia por IgA.

22

A seguinte glomerulopatia é classificada como uma podocitopatia:

- (A) nefrite lúpica classe 2.
- (B) glomerulosclerose segmental e focal.
- (C) glomerulonefrite difusa aguda pós-estreptocócica.
- (D) glomerulonefrite secundária a vasculite.
- (E) nefropatia por IgA.

23

Com relação à terapia renal substitutiva feita por hemodiálise, é correto afirmar que

- (A) o Kt/V é o método de maior praticidade para quantificar dose de diálise.
- (B) a albumina sérica do paciente dialítico não tem impacto em sua morbimortalidade.
- (C) para a maioria dos pacientes em hemodiálise crônica, sem função renal residual, a prescrição padrão mínima é de três sessões de diálise por semana e uma duração mínima de quatro horas por sessão, que podem ser reduzidas de acordo com o Kt/v.
- (D) a hemodiálise incremental é um método de diálise que deve ser ofertado a todos os pacientes em terapia renal substitutiva.
- (E) caracteristicamente, a hemodiálise está correlacionada com desnutrição proteico calórica grave.

24

No setor de emergência, uma criança de 5 anos, do sexo masculino, apresenta-se com quadro de síndrome urêmica e injúria renal aguda. A mãe refere episódio de náuseas, vômitos e diarreia líquida. A criança encontra-se oligoanúrica, com escórias nitrogenadas elevadas, anemia de padrão hemolítico e trombocitopenia. O seu estado volêmico é de discreta hipovolemia, pois vinha sendo hidratada pelos pais.

A impressão diagnóstica inicial é de

- (A) glomerulonefrite difusa aguda pós-estreptocócica.
- (B) glomerulonefrite por lesão mínima.
- (C) síndrome hemolítico-urêmica.
- (D) injúria renal aguda pré-renal.
- (E) Necessidade de realizar a fração de excreção de sódio para melhor definição etiológica.

25

Paciente de 54 anos, com função renal normal previamente avaliada em pré-operatório, retorna no pós-operatório de cirurgia cardíaca de revascularização miocárdica, complicada com uma parada cardiorrespiratória revertida. Encontra-se hipotenso, anúrico por mais de 12 horas, sendo necessário o início de aminas vasoativas. O estado volêmico, definido pelo POCUS, é de hipervolemia. As escórias nitrogenadas, realizadas após 2 horas do pós operatório, mantinham-se em valores na faixa da normalidade.

No caso, é correto afirmar que o paciente está

- (A) com Injúria Renal Aguda estágio 3.
- (B) com Injúria Renal Aguda estágio 2.
- (C) com Injúria Renal Aguda estágio 1.
- (D) sem injúria Renal Aguda.
- (E) com síndrome cardiorrenal tipo 2.

26

Paciente de 67 anos, portador de doença renal do diabetes com doença renal crônica estágio 3A G1, encontra-se em uso de dapagliflozina, insulinoterapia, além de dose otimizada de IECA e rosuvastatina. Apresenta-se metabolicamente compensado e mantém níveis pressóricos dentro do alvo, apesar de potássio sérico de 5 mEq/L. O paciente, que trabalha na área da saúde, solicita o acréscimo à sua prescrição do medicamento finerenona.

Nesse caso, você

- (A) concorda com o paciente e prescreve finerenona, pois existem diretrizes que definem sua atuação na reversão da doença renal.
- (B) concorda com o paciente e prescreve finerenona, pois existem diretrizes em que o fármaco atua no controle metabólico dos pacientes com doença renal do diabetes.
- (C) não prescreve o fármaco e esclarece não haver relação entre o uso de finerenona e a doença renal.
- (D) retira o uso de IECA e inicia a finerenona, pelo risco de hipotensão.
- (E) não prescreve a finerenona e esclarece que ela é usada como agente adjuvante para pacientes com doença renal crônica, principalmente quando há excreção urinária de albumina persistentemente elevada, mas que pode aumentar o risco de hiperpotassemia.

27

Paciente feminina de 48 anos, portadora de doença renal do diabetes e doença renal crônica estágio 3A G1, refere estar em uso de dapagliflozina, insulinoterapia, uso de IECA em dose otimizada e rosuvastatina. Apresenta-se metabolicamente compensada e mantém níveis pressóricos satisfatórios. Na consulta, solicita a troca da dapagliflozina pela metformina, devido ao impacto financeiro da primeira. Nesse caso, você

- (A) discorda da paciente e cita trabalhos que indicam que o uso de dapagliflozina se correlaciona com a melhora da função renal.
- (B) concorda com a paciente e retira a dapagliflozina, pelo risco aumentado de infecção urinária e candidíase.
- (C) discorda da paciente pelo risco do uso de metformina nesse estágio de doença renal.
- (D) retira o uso de dapagliflozina, uma vez que não apresenta proteinúria.
- (E) esclarece que a dapagliflozina deve ser utilizada em estágios mais avançados da doença renal.

28

Paciente portador de doença renal crônica por nefrosclerose hipertensiva, recebeu transplante renal de rim de cadáver, tendo sido realizada terapia de indução imunossupressora administrada no momento do transplante renal, com o emprego de anticorpos que promovem a depleção de células T, em combinação com doses mais baixas de agentes convencionais, com excelente resposta.

Manteve-se em tratamento de manutenção com tacrolimus, micofenolato de mofetila e glicocorticoide. Durante consulta eletiva no quinto mês após o transplante, apresentou elevação de creatinina sérica (30%) do valor de base e presença de proteinúria. A ultrassonografia apresentava-se normal. O paciente apresentava-se assintomático, com leve aumento dos níveis pressóricos.

A sua hipótese inicial é de

- (A) rejeição aguda.
- (B) pielonefrite.
- (C) rejeição crônica.
- (D) recidiva da doença de base.
- (E) rejeição subclínica.

29

Em relação à doença renal policística autossômica do adulto, é correto afirmar que

- (A) é mais comum em grupos étnicos provenientes da Ásia.
- (B) está predominantemente relacionada a mutação dos genes PKD1 ou PKD2.
- (C) a idade do paciente no início do aparecimento dos cistos não está associada ao prognóstico renal.
- (D) não é uma das cinco causas mais comuns de doença renal crônica estágio V dialítica.
- (E) a presença de cistos maiores não se relaciona ao aparecimento de hipertensão arterial.

30

Paciente de 32 anos, do sexo feminino, com histórico de infecção urinária de repetição, procura setor de emergência com quadro sugestivo de infecção do trato urinário, com dor lombar leve e episódios de hematuria. O exame do sedimento urinário demonstrava pH urinário alcalino (> 8) e cristais de fosfato de magnésio e amônio. O exame de imagem (tomografia) demonstrou cálculo renal de 18 mm, ocupando a pelve renal esquerda, com moderada dilatação a montante.

A conduta é

- (A) iniciar antibioticoterapia empírica e encaminhar para o ambulatório de Urologia.
- (B) iniciar analgesia e hidratação venosa, posteriormente encaminhar para os serviços de Nefrologia (investigação de hematuria) e urologia.
- (C) solicitar urinocultura, iniciar antibioticoterapia direcionada para *Proteus mirabilis* até o resultado da cultura e encaminhar para o ambulatório de Nefrologia.
- (D) solicitar urinocultura, iniciar antibioticoterapia direcionada para *Proteus mirabilis* e tansulosina e encaminhar para o ambulatório de Urologia.
- (E) Internação hospitalar.

31

Paciente masculino de 57 anos de idade portador de doença renal crônica estágio 05 secundária à doença renal do diabetes, em programa regular de hemodiálise. Apresenta, nos exames de rotina, cálcio 8,9 mg%, fósforo 4,7 mg%, 25 hidróxi vitamina D 35 ng/mL, albumina sérica 4 g%, PTH molécula intacta 220 pg/mL, fosfatase alcalina 100 U/L. Encontra-se em uso de carbonato de cálcio 1 grama VO às refeições.

A conduta para o caso é

- (A) iniciar suplementação de vitamina D.
- (B) iniciar calcitriol 0,25 ao dia.
- (C) iniciar cinacalcete.
- (D) iniciar paricalcitol venoso.
- (E) manter a conduta.

32

Paciente do sexo masculino, diabético, 86 anos, apresenta quadro de bexiga neurogênica e necessidade de sonda vesical de demora. Realizou exames de rotina, que demonstraram hemograma e controle metabólico adequados, mas EAS com presença de piúria e urinocultura com crescimento de *Escherichia coli* acima de 100.000 UFC/mL sensível a quinolonas e cefaloporias.

A sua conduta é

- (A) iniciar tratamento com quinolona por 7 dias e repetir a cultura.
- (B) iniciar tratamento com cefalosporina por 7 dias e repetir a cultura
- (C) iniciar antibioticoterapia por 14 dias
- (D) realizar outra urinocultura.
- (E) não prescrever antibióticos e orientar retorno em caso de sinais clínicos de alarme (febre, disúria, dor abdominal).

33

Para auxiliar no tratamento da hipercalcúria associada ao cálculo renal, pode-se usar

- (A) diurético tiazídico.
- (B) diurético de alça.
- (C) colecalciferol.
- (D) reposição de carbonato de cálcio.
- (E) reposição de magnésio.

34

Durante a investigação de hematuria microscópica e proteinúria moderada em paciente do sexo masculino, de 17 anos, foram identificados, no exame físico, um discreto déficit auditivo bilateral e a presença de lenticone anterior.

A próxima abordagem diagnóstica é

- (A) realizar biópsia renal.
- (B) realizar teste genético.
- (C) realizar investigação para glomerulopatia secundária.
- (D) solicitar imunoeletroforese de proteínas séricas com imunofixação.
- (E) fazer a dosagem da atividade da alfa-galactosidase A (α -GAL A).

35

Paciente, portadora de lúpus eritematoso sistêmico, em acompanhamento regular com Reumatologista, inicia quadro de síndrome nefrótica severa, sem alteração da função renal. Na biópsia renal, foram observados espessamento difuso da parede capilar glomerular na microscopia óptica e depósitos imunes subepiteliais na microscopia eletrônica. Também foram detectados depósitos subendoteliais esparsos. A paciente não apresentava outras manifestações clínicas ou sorológicas de LES, os níveis de complemento estavam normais e os anticorpos anti-dsDNA não eram detectáveis.

O provável diagnóstico é

- (A) glomerulonefrite com lesão mínima.
- (B) nefrite lúpica classe II.
- (C) nefrite lúpica classe V.
- (D) nefrite lúpica classe IV.
- (E) nefrite lúpica classe VI.

36

Com relação à síndrome hepatorenal com injúria renal aguda, é correto afirmar que

- (A) é diagnosticada por biópsia renal, onde apresenta histopatologia característica.
- (B) apresenta boa resposta à reposição volêmica.
- (C) a dosagem de sódio urinário geralmente está elevada.
- (D) geralmente está associada à hematuria e proteinúria.
- (E) a síndrome hepatorenal com injúria renal aguda (SHR-LRA) é um diagnóstico de exclusão, não existe um exame específico que possa confirmar o diagnóstico.

37

Na necrose tubular aguda, assinale o elemento diagnóstico que se mostra mais preciso na prática clínica.

- (A) Fração de excreção de sódio diminuída.
- (B) Osmolaridade urinária elevada.
- (C) Fração de excreção de ureia elevada.
- (D) Presença de hematuria microscópica.
- (E) Relação entre ureia e creatinina plasmática acima de 40.

38

A granulomatose com poliangeíte (GPA) e a poliangeíte microscópica (PAM) são vasculites necrosantes que afetam predominantemente algumas artérias de pequeno calibre e apresentam manifestações orgânicas e gravidade variáveis. Os órgãos mais comumente e gravemente afetados incluem o trato respiratório superior e inferior e os rins.

Em relação à granulomatose com poliangeíte (GPA) e à poliangeíte microscópica (PAM), é correto afirmar que

- (A) a incidência de GPA e PAM não tem correlação geográfica nem étnica.
- (B) ocorrem mais frequentemente em crianças.
- (C) os vasos sanguíneos mais afetados são os de médio e grande calibre
- (D) devido à sua forte associação com o anticorpo anticitoplasma de neutrófilos (ANCA), também são denominadas vasculites associadas a ANCA (VAA).
- (E) manifestações otorrinolaringológicas podem ocorrer com maior frequência em pacientes com PAM do que nos com GPA.

39

A causa mais comum de hipopotassemia se deve

- (A) ao aumento das perdas de potássio pelo trato gastrointestinal ou pelo trato urinário.
- (B) à hipomagnesemia associada ao uso abusivo de inibidores de bomba de próton.
- (C) à translocação celular por pH extracelular diminuído.
- (D) a dietas hipocalóricas.
- (E) à hipertermia.

40

Em relação às características da acidose tubular renal (ATR) tipo 1, assinale a afirmativa correta.

- (A) É um distúrbio comum, principalmente em adultos.
- (B) Caracteriza-se por uma redução na capacidade de reabsorção de bicarbonato proximal.
- (C) O defeito primário é a acidificação distal prejudicada.
- (D) Não existe correlação com doenças autoimunes.
- (E) Não apresenta correlação com condições hipercalciúricas.

41

Classificar a acidose metabólica com base no ânion-gap (AG) sérico é uma maneira pragmática para orientar o diagnóstico diferencial dos distúrbios ácido-básicos na prática clínica. Considerando que a faixa de AG normal é de 8 a 12 mEq/L, as concentrações totais de cátions e ânions podem ser simplificadas no cálculo do AG a partir dos valores séricos dos seguintes eletrólitos:

- (A) Sódio, Potássio, Magnésio e Cloro.
- (B) Sódio, Cloro e Bicarbonato.
- (C) Sódio, Cloro, Fósforo e Cálcio.
- (D) Sódio, Potássio, Cloro e Fósforo.
- (E) Sódio, Fósforo, Cloro e Bicarbonato.

42

Os níveis de albumina sérica exercem um efeito significativo sobre o resultado do ânion-gap (AG). Para cada redução de 1 g/dL na albumina abaixo do nível sérico normal de 4,5 g/dL, o AG esperado diminui cerca de 2,5 mEq/L.

Consequentemente, o AG deve ser ajustado de acordo com os níveis de albumina sérica em pacientes com hipoalbuminemia, utilizando-se a seguinte fórmula:

- (A) AG ajustado = AG medido + 2,5 × (4,5 - albumina medida).
- (B) AG ajustado = AG medido + 4,5 × (2,5 - albumina medida).
- (C) AG ajustado = AG medido + 2,5 : (albumina medida - 4,5).
- (D) AG ajustado = AG medido + 2,5 × (albumina medida - 2,5).
- (E) AG ajustado = AG medido + 2,5 : (4,5 - albumina medida).

43

Paciente masculino de 50 anos, internado com poliúria e diagnóstico recente de linfoma. A infiltração por linfoma pode destruir os neurônios produtores arginina-vasopressina (AVP) ou o centro da sede no hipotálamo, provocando adipsia e impedindo que o paciente sinta sede para compensar a perda de água. Exames laboratoriais com sódio plasmático de 152 mmol/L, glicose plasmática de 111 mg/dL, cálcio plasmático de 9,2 mg/dL, creatinina de 0,9 mg/dL e osmolalidade urinária de 370 mOsm/kg. O débito urinário é de 3,8 L/dia. A coceptina plasmática foi medida e apresentou valor de 4,2 pmol/L (intervalo de referência: 1–10 pmol/L).

Em relação ao caso, assinale a afirmativa correta.

- (A) O paciente desenvolveu provável deficiência central de arginina-vasopressina.
- (B) A coceptina plasmática indica nível de arginina-vasopressina normal.
- (C) A coceptina plasmática indica presença de diabetes insípido.
- (D) A coceptina não informa sobre a provável origem da poliúria.
- (E) A coceptina esclarece apenas a causa da hipernatremia.

44

Paciente feminina de 52 anos com histórico de diabetes tipo 2, libação alcoólica há 24h, é internada com mal-estar, fadiga progressiva e redução da força muscular. Está em uso regular de empagliflozina 25 mg/dia, metformina 1000 mg/dia e AAS. Ao exame físico, com pressão arterial de 120/80 mmHg e frequência de pulso 110 bpm.

Os exames bioquímicos revelaram: Na 132 mEq/L, K 5,3 mEq/L, Cl 99 mEq/L, glicemia 165 mg/dL, creatinina 0,8 mg/dL e albumina sérica 4,2 g/dL. O exame de urina por fita reagente indicou presença de corpos cetônicos e glicose. Gasometria arterial com pH de 7,20, PaCO₂ 20 mmHg, PaO₂ 99 mmHg e HCO₃⁻ 8 mEq/L. O nível de ácido láctico de 10,2 mg/dL.

O diagnóstico mais provável é

- (A) acidose láctica associada à metformina.
- (B) cetoacidose alcoólica.
- (C) toxicidade por salicilatos.
- (D) cetoacidose diabética euglicêmica induzida por inibidor SGLT2.
- (E) rabdomiólise.

45

Medicamentos diuréticos são moléculas desenvolvidas para atuar especificamente sobre transportadores presentes nas células tubulares renais, em diferentes partes do néfron. Assinale a opção que apresenta os respectivos segmentos onde atuam o Inibidor da Anidrase Carbônica, a Furosemida, a Indapamida e a Amilorida.

- (A) Túbulo proximal, Alça de Henle, Túbulo Proximal, Túbulo Distal.
- (B) Túbulo Distal, Alça de Henle, Ducto Coletor, Túbulo Proximal.
- (C) Túbulo proximal, Túbulo distal, Alça de Henle, Ducto coletor.
- (D) Túbulo Proximal, Alça de Henle, Túbulo Distal, Ducto Coletor.
- (E) Ducto Coletor, Alça de Henle, Túbulo Distal, Túbulo Proximal.

46

Os diuréticos são drogas importantes no manejo da sobrecarga hídrica e devem ser selecionados com base nas condições clínicas do paciente, incluindo distúrbios hidroeletrólíticos e do equilíbrio ácido-base.

Os seguintes diuréticos **não** são indicados na hipercalemia, são classificados como diuréticos poupadores de potássio e podem inclusive causar hipercalemia:

- (A) Bumetanida, Espironolactona.
- (B) Amilorida, Espironolactona.
- (C) Indapamida, Espironolactona.
- (D) Torasemida, Espironolactona.
- (E) Clortalidona, Espironolactona.

47

Nos rins, a filtração sanguínea é um processo passivo que ocorre nos capilares glomerulares que depende diretamente da pressão hidrostática presente no interior dos vasos.

A pressão hidrostática fisiológica intracapilar glomerular é

- (A) menor do que a pressão hidrostática dos vasos capilares pulmonares.
- (B) igual à pressão hidrostática dos vasos do leito capilar ungueal.
- (C) maior do que 50 mmHg.
- (D) menor do que 30mmHg.
- (E) igual à pressão hidrostática dos vasos do leito capilar cerebral.

48

A síndrome de Fanconi é um distúrbio genético ou adquirido que compromete as funções do túbulo proximal, causando glicosúria, poliúria, hipercalemiúria, hiperfosfatúria e proteinúria de baixo peso molecular e perda de aminoácidos e bicarbonato.

Sobre a Síndrome de Fanconi é **falso** afirmar que

- (A) pode ser causada na vida adulta por medicamentos nefrotóxicos, metais pesados ou mieloma múltiplo.
- (B) é uma causa comum de Acidose Tubular Renal.
- (C) cursa com eliminação de urina ácida.
- (D) pode ocorrer com um outro distúrbio hereditário, como a cistinose.
- (E) na criança, tem impacto no crescimento e no desenvolvimento ósseo.

49

A função renal pode ser quantificada por meio da Taxa de Filtração Glomerular (TFG), que representa o produto da taxa média de filtração de cada néfron (unidade funcional dos rins) multiplicado pelo número de néfrons funcionantes em ambos os rins.

Utilizando-se uma molécula endógena, a creatinina, podemos medir a TFG a partir da sua dosagem sérica e da concentração urinária em um determinado volume de urina em determinado período de tempo. Já a estimativa da TFG - eTFG pode ser feita a partir da concentração sérica de uma molécula biomarcadora endógena (creatinina ou cistatina C) aplicada em diferentes equações matemáticas.

Assinale a afirmativa a seguir que **não** se aplica em relação a esses dois biomarcadores, Creatinina e Cistatina C.

- (A) A dieta vegetariana ou de carnes pode alterar a eTFG calculada pela creatinina, mas não a eTFG feita pela Cistatina C.
- (B) A obesidade pode aumentar a Cistatina C, mas não altera a creatinina.
- (C) Em idosos, ambos os biomarcadores para eTFG se encontram reduzidos.
- (D) Doenças da Tireoide não afetam o cálculo da eTFG feita com ambos os marcadores.
- (E) O nível sérico de creatinina é mais elevado em pacientes afrodescendentes, o que não ocorre com a cistatina C.

50

Paciente feminina, 36 anos, com diabetes mellitus tipo 1 e razão albumina/creatinina urinária de 560 mg/g, iniciou tratamento com inibidor da enzima conversora de angiotensina (ECA) para retardar a progressão da doença renal. Em um período de 3 semanas, a TFGe (baseada na creatinina) caiu de 62 para 54 ml/min/1,73 m².

A causa mais provável da redução da TFGe foi o efeito

- (A) muscular do medicamento elevando os níveis de creatinina sérica.
- (B) do medicamento sobre a secreção tubular de creatinina.
- (C) vasodilatador do medicamento sobre arteríola eferente reduzindo a pressão intraglomerular.
- (D) vasodilatador do medicamento sobre arteríola aferente reduzindo a pressão intraglomerular.
- (E) colorimétrico do medicamento na dosagem de creatinina sérica.

51

Pressão Arterial Média (PAM) é o principal indicador utilizado para garantir que os órgãos vitais recebam sangue e oxigênio adequados em pacientes críticos. A PAM é o valor médio da pressão do sangue nas artérias durante um ciclo cardíaco e representa a perfusão de sangue nos vasos que suprem os diferentes tecidos, incluindo os rins.

Sobre a PAM, assinale a afirmativa **incorreta**.

- (A) O valor mínimo recomendado para a maioria dos pacientes críticos é > 65 mmHg.
- (B) Valores abaixo de 65 mmHg aumentam o risco de falência de múltiplos órgãos.
- (C) Pacientes com Traumatismo Cranioencefálico exigem uma PAM maior para garantir a Pressão de Perfusão Cerebral.
- (D) A administração de noradrenalina é a intervenção de primeira escolha para restaurar a PAM quando há vasoplegia.
- (E) Pode ser calculada pela seguinte fórmula, onde PAS (pressão sistólica) e PAD (pressão diastólica): $PAM = \frac{PAS + (3 \times PAD)}{4}$

52

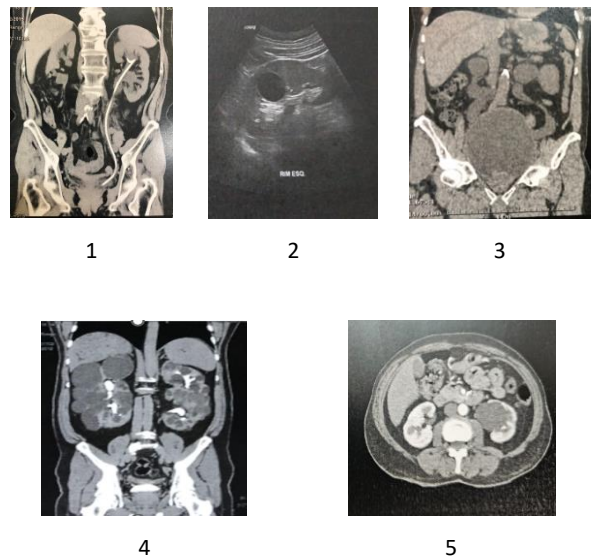
Paciente, 40 anos, sexo feminino, negra, hipertensa, doença renal crônica Estágio G2A1, história previa de 2 abortos espontâneos, fazendo uso drogas anti-hipertensivas. Internada com trombose venosa profunda (TVP) em membro inferior e injúria renal aguda oligúrica. Exames laboratoriais com Ht 27%, plaquetas 90.000/mm³, Creatinina 4,5 mg/dL, Ureia 110 mg/dL e anticorpo anticardiolipina classe IgM reagente (titulação > 150), resultado confirmado 4 semanas depois.

O diagnóstico é

- (A) lúpus induzido por medicamento.
- (B) hipertensão maligna.
- (C) síndrome do anticorpo antifosfolípide.
- (D) trombofilia hereditária.
- (E) síndrome hemolítica urêmica.

53

Observe as imagens radiológicas a seguir.



As imagens que correspondem a diagnósticos de Adenocarcinoma Renal, Rins Policísticos, Cisto Renal Simples, Urolitíase e Tumor de Próstata são, respectivamente,

- (A) 3 – 4 – 2 – 5 – 1.
- (B) 4 – 3 – 2 – 1 – 5.
- (C) 1 – 3 – 2 – 5 – 4.
- (D) 5 – 4 – 2 – 1 – 3.
- (E) 3 – 4 – 5 – 1 – 2.

54

Para prevenir hipoglicemia em pacientes diabéticos submetidos a hemodiálise utiliza-se a prescrição de glicose no banho de diálise. Ao prescrever os banhos de hemodiálise, a glicose integra a seguinte fração concentrada:

- (A) Concentrado Ácido contém Ácido Acético ou Cítrico, sódio, cloretos, potássio, cálcio, magnésio e a glicose (opcional).
- (B) Concentrado Básico contém o bicarbonato de sódio e glicose (opcional).
- (C) Concentrado Ácido contém sódio, cloretos, magnésio e a glicose (opcional).
- (D) Concentrado Básico contém o bicarbonato de sódio, cloretos, potássio, cálcio, magnésio e glicose (opcional).
- (E) Concentrado Básico contém o bicarbonato de sódio, cálcio e glicose (opcional).

55

Na diálise peritoneal, o Teste de Equilíbrio Peritoneal (PET) fornece estimativas aproximadas da taxa de transporte peritoneal de pequenos solutos e da capacidade de ultrafiltração.

Em relação ao PET, é correto afirmar que

- (A) a taxa de transporte de pequenos solutos independe da área de superfície peritoneal efetiva.
- (B) a taxa de transporte de pequenos solutos independe do número de capilares efetivamente perfundidos disponíveis para a troca.
- (C) conceitualmente, quando a taxa de desaparecimento da glicose é alta, o volume de UF é baixo.
- (D) é realizado analisando apenas as concentrações de glicose e de creatinina no efluente de diálise e no plasma.
- (E) quanto maior a razão Dialisato/Plasma para a creatinina, mais rápida é a taxa de transporte de pequenos solutos.

56

A depuração de pequenos solutos é quantificada utilizando-se o Kt/V, que é calculado de acordo com a fórmula padrão e deve ser corrigido para uma superfície corporal de 1,73 m².

Com relação ao Kt/V, assinale a afirmativa correta.

- (A) Para pacientes com função renal residual, uma dose de Kt/V total mínima (peritoneal + renal) deve ser de, pelo menos, 1,5 por semana.
- (B) Para pacientes sem função renal residual, a dose mínima de diálise peritoneal oferecida deve corresponder a um Kt/V peritoneal > 1,7 por semana.
- (C) Nos pacientes que não atingem o Kt/V adequado, a depuração de moléculas pequenas não se modifica com o número de trocas e/ou o volume de infusão peritoneal.
- (D) A depuração de moléculas médias na diálise peritoneal independente do tempo de permanência do dialisato na cavidade peritoneal.
- (E) A presença de peritonite não afeta o Kt/V.

57

Paciente epilético entra na emergência com quadro de intoxicação exógena voluntária por divolproato de sódio, apresentando (nível de valproato > 1300 mg/L), confusão mental, letargia, náusea, vômitos, taquicardia, hipotensão, acidose metabólica e distúrbios eletrolíticos (hiponatremia e hipocalcemia). Evoluiu com coma, pH 7,10 e depressão respiratória que exigiu suporte ventilatório.

Essa intoxicação exógena deve ser tratada por meio de

- (A) diálise peritoneal.
- (B) hemoperfusão.
- (C) hemodiafiltração.
- (D) hemodiálise.
- (E) diuréticos e lavagem gástrica.

58

Paciente jovem, sem relato de comorbidade é encaminhado à emergência por familiares inconsciente, com relato prévio de ingestão grande volume de cerveja artesanal., que evoluiu com aparente estado de embriaguez, distúrbios visuais e queda do nível de consciência. Não havia relato de traumatismo.

No exame físico: em coma Glasgow 2, apresenta, no exame oftalmológico, presença de midríase, brilho retiniano devido a edema da retina e hiperemia do disco óptico. A gasometria apresentava acidose metabólica severa, com *anion gap* positivo e moderada elevação de escórias nitrogenadas associada a osmolaridade sérica calculada elevada.

Dada a gravidade clínica do caso e a ausência de alterações de exame de imagem e liquorico, o diagnóstico provável é

- (A) intoxicação exógena por etilenoglicol.
- (B) intoxicação exógena por metanol.
- (C) injúria renal aguda, com necrose tubular aguda, por hipoidratação secundária ao consumo de álcool etílico.
- (D) intoxicação por etanol.
- (E) síndrome neuroléptica maligna.

59

Gestante de 34 anos, normotensa, com gravidez anterior há 4 anos, que ocorreu por parto normal e sem intercorrências, apresenta, na 22ª, a presença de uma + de proteína no exame de urina tipo 1. A urina de 24 horas, coletada posteriormente, demonstrava 220 mg de proteína.

A impressão é de que

- (A) se trata de paciente de risco para pré-eclampsia, que deve ser monitorada com maior frequência.
- (B) se trata de paciente com pré-eclampsia, no estágio inicial.
- (C) por estar normotensa e sem fatores de risco, devem ser investigadas causas secundárias de proteinúria.
- (D) a paciente apresenta proteinúria compatível com o estado gestacional.
- (E) a paciente não apresenta proteinúria.

60

Paciente de 45 anos, masculino, com obesidade grau 3, apresenta quadro de proteinúria nefrótica. Após investigação para causas secundárias de glomerulopatia, foi submetido à biópsia renal. A microscopia óptica apresentava padrão de glomeruloesclerose segmental e focal, além de expansão mesangial e glomerulomegalia.

O tratamento proposto é o de

- (A) indução de remissão com Ciclofosfamida e micofenolato mofetil.
- (B) corticoterapia.
- (C) Rituximabe.
- (D) uso de IECA e Dapaglicosina.
- (E) obesidade.

61

Paciente do sexo feminino, de 26 anos, procura atendimento com quadro de hipertensão arterial moderada a grave, diagnosticada há 2 anos, com episódios eventuais de emergência hipertensiva.

A paciente trouxe alguns exames, já realizados, de avaliação de função renal, que estava normal e de dosagem de eletrólitos, no qual apenas o potássio estava um pouco abaixo do limite mínimo dos valores normais. A ultrassonografia de abdome total, complementada com a ressonância magnética de abdome e pelve, demonstrou rim direito menor sem causa aparente, sendo questionada a possibilidade de anomalia urológica. A impressão diagnóstica inicial é de

- (A) hipertensão primária.
- (B) feocromocitoma.
- (C) hipertensão secundária a uso medicamentoso (como anticoncepcional/ anti-inflamatório).
- (D) displasia fibromuscular da artéria renal.
- (E) hipoaldosteronismo primário.

62

Em relação ao mecanismo de ação da espirolactona, assinale a afirmativa correta.

- (A) As espirolactonas são inibidores competitivos da aldosterona.
- (B) Reduz o transporte de sódio bloqueando o canal de sódio da membrana luminal no tubo coletor.
- (C) Inibe principalmente o transporte de sódio no túbulo contorcido distal.
- (D) Atua nas porções medular e cortical do ramo ascendente espesso, incluindo a mácula densa.
- (E) Inibe a atividade da anidrase carbônica, que desempenha um papel importante na reabsorção proximal de bicarbonato, sódio e cloreto; como resultado, esse agente produz perda de NaCl e NaHCO_3 .

63

Após importante turbulência climática, que levou a enchentes e desabamentos, algumas vítimas, que estavam soterradas, foram encaminhadas para a Emergência. A grande maioria apresentava mialgia, fraqueza muscular e referia redução da diurese, que apresentava-se com cor de chá.

Sua conduta durante a calamidade deve ser de resgate volêmico

- (A) precoce e agressiva com solução isotônica.
- (B) agressivo com solução com bicarbonato.
- (C) com solução coloidal associada a diurético de alça.
- (D) agressivo com ringer lactato.
- (E) agressivo com soro glicosado.

64

Com relação à nefropatia por IgA (NlgA), é correto afirmar que

- (A) não apresenta prevalência maior em pacientes do leste asiático.
- (B) é uma causa rara de glomerulonefrite.
- (C) só pode ser diagnosticada após avaliação de uma biópsia renal com microscopia de imunofluorescência para IgA.
- (D) a manifestação clínica consiste unicamente em hematúria macroscópica ou microscópica, que pode estar ou não associada a proteinúria moderada.
- (E) a microscopia óptica geralmente demonstra a membrana basal glomerular espessada à custa de depósitos imunes.

65

Paciente do sexo masculino, idoso, hipertenso controlado com uso de diurético tiazídico e inibidores da enzima de conversão, realiza exames laboratoriais de rotina, que se encontravam normais, à exceção do sódio plasmático (129 mEq/L). Ele refere estar assintomático.

A conduta clínica mais segura é

- (A) encaminhar para internação para reposição venosa de sódio.
- (B) paciente assintomático, com hiponatremia crônica, manter o tratamento conservador.
- (C) retirar o diurético tiazídico e monitorar o sódio plasmático, ambulatorialmente.
- (D) retirar o diurético tiazídico e encaminhar para a internação, para realizar a dosagem seriada de sódio.
- (E) liberar a ingesta de sal.

66

Paciente do sexo masculino, de 40 anos, apresenta cálculose de repetição (cálculo de oxalato de cálcio). Na tomografia computadorizada, observa-se, presença de dilatações císticas nos rins, com acúmulo de contraste radiológico, resultando em um aspecto de "escova" nos cálices em combinação com nefrocalcinose ou nefrolitíase. A causa provável da litíase de repetição

- (A) Hiperparatireoidismo primário.
- (B) Hipocitratúria.
- (C) Hiperossalúria.
- (D) Rim esponja medular.
- (E) Acidose tubular renal tipo 2.

67

Paciente portadora de síndrome de Sjögren primária, apresenta quadro de elevação progressiva de escórias nitrogenadas e proteinúria leve/ moderada.

Sua hipótese diagnóstica é

- (A) nefrite lúpica.
- (B) acidose tubular renal distal.
- (C) nefrite intersticial crônica.
- (D) glomerulopatia primária ou secundária.
- (E) nefrocalcinose.

68

Com relação à doença de anticorpos antimembrana basal, é correto afirmar que

- (A) o principal alvo dos anticorpos anti-GBM é o domínio NC1 da cadeia alfa-3 do colágeno tipo V.
- (B) pode se expressar como glomerulonefrite rapidamente progressiva, com formação de crescentes predominantemente constituídos por depósitos de imunocomplexos.
- (C) raramente é idiopática.
- (D) a hemorragia pulmonar é frequentemente a principal manifestação clínica.
- (E) raramente ocorre após transplante renal em pacientes com doença renal de base por síndrome de Alport.

69

É correto afirmar, com relação à anemia falciforme, que

- (A) as principais lesões renais ocorrem no córtex renal.
- (B) a glomerulonefrite frequentemente associada é a glomerulonefrite membranoproliferativa.
- (C) a hiperfiltração raramente ocorre em crianças com doença falciforme.
- (D) no início da idade adulta, podem ser observadas macroalbuminúria e redução da TFG (taxa de filtração glomerular).
- (E) a microalbuminúria é uma manifestação clínica tardia de lesão glomerular.

70

A glomerulopatia mais frequentemente associada a hepatite C é a

- (A) nefropatia membranosa.
- (B) nefropatia por lesão mínima.
- (C) glomerulonefrite membranoproliferativa associada a crioglobulinemia.
- (D) nefropatia por IgA.
- (E) glomeruloesclerose segmentar e focal.

71

Paciente portador de carcinoma de pequenas células pulmonares apresenta quadro de desorientação e hiponatremia severa (116 mEq/L), escórias nitrogenadas normais e hipouricemia. Encontra-se em tratamento quimioterápico com cisplatina. No exame físico, apesar da síndrome consuptiva, apresenta-se normovolêmico.

Sua hipótese diagnóstica é de

- (A) síndrome da secreção inadequada de hormônio antidiurético.
- (B) doença glomerular paraneoplásica.
- (C) pseudohiponatremia associada a síndrome consuptiva.
- (D) síndrome consuptiva.
- (E) tubulopatia associada a agente antineoplásico.

72

Paciente jovem, em acompanhamento cardiológico por valvulopatia secundária a febre reumática apresenta, cerca de uma semana após tratamento odontológico, febre sem calafrios e quadro súbito de edema, hipertensão, oligoanúria, hematúria e elevação de escórias nitrogenadas.

A sua conduta inicial é

- (A) realizar biópsia renal, pois é um quadro de síndrome nefrítica.
- (B) iniciar imunossupressor, mesmo antes da biópsia renal, caso ocorra consumo de complemento em quadro de glomerulonefrite rapidamente progressiva.
- (C) realizar hemoculturas e ecocardiograma transtorácico e transesofágico.
- (D) iniciar investigação com sorologia para hepatites, anti-HIV e doenças de autoimunidade.
- (E) iniciar investigação com sorologia para hepatites e anti-HIV e doenças de autoimunidade.

73

Paciente feminina, de 46 anos, sem comorbidade, mas com relato de dieta rica em lipídios e frituras, faz uso, por conta própria, de omeprazol para dispepsia. Apresenta, há cerca de 2 meses, quadro de fraqueza muscular. A investigação laboratorial demonstrou quadro de hipocalcemia moderada a severa, refratária a sua correção.

A hipótese diagnóstica é de

- (A) síndrome de Bater.
- (B) síndrome de Gitelman.
- (C) acidose tubular renal tipo 2.
- (D) hipomagnesemia.
- (E) acidose tubular renal tipo 4.

74

Paciente adulto, idoso, do sexo masculino, apresenta-se, após importante episódio de gastroenterite de provável origem viral, clinicamente hipoidratado, hipotenso, com escórias nitrogenadas elevadas e redução do débito urinário. O hemograma apresentava-se inespecífico e o EAS, com densidade urinária elevada e sem outras alterações. Inicia-se resgate volêmico imediato, venoso, com o paciente em observação com quantificação horária do débito urinário e monitorização da pressão arterial.

A alteração laboratorial que você esperaria encontrar seria

- (A) relação ureia:creatinina menor do que 20.
- (B) osmolaridade urinária baixa, com natriurese elevada.
- (C) osmolaridade urinária alta, com natriurese reduzida.
- (D) fração de excreção de sódio elevada.
- (E) fração de excreção de ureia diminuída.

75

A ocorrência de distúrbios do sistema nervoso central decorrentes de lesão neuronal associada a flutuações abruptas da osmolalidade devido à correção excessiva da natremia é denominada

- (A) delirium.
- (B) síndrome piramidal.
- (C) encefalomielite disseminada aguda.
- (D) síndrome de desmielinização osmótica.
- (E) síndrome de Guillain-Barré.

76

As afirmações a seguir, em relação à nefropatia associada à anemia falciforme estão corretas, **exceto uma**. Assinale-a.

- (A) A hipertensão arterial é mais prevalente em adultos, mas pode estar presente nos casos pediátricos.
- (B) O diagnóstico da nefropatia falciforme baseia-se nas manifestações clínicas associada à biópsia renal.
- (C) Acidose tubular renal tipo IV é uma disfunção tubular distal observada na nefropatia falciforme.
- (D) Em comparação com a população geral em diálise, pacientes com nefropatia falciforme em diálise apresentam maior mortalidade e piores taxas de sucesso em transplante renal.
- (E) As manifestações renais da nefropatia falciforme incluem hematúria, hipostenúria, necrose de papila, proteinúria, acidose tubular renal, Doença renal aguda e crônica, glomerulopatia falciforme e carcinoma medular renal.

77

Das situações clínicas a seguir, assinale aquela que **não** está associada à pseudo-hipercalcemia.

- (A) Trombocitose.
- (B) Leucocitose.
- (C) Policitemia Vera.
- (D) Garroteamento.
- (E) Oligúria.

78

Em um programa de hemodiálise, inicia-se a reposição de ferro, num paciente, com as seguintes taxas:

- (A) ferritina ≤ 200 ng/mL e saturação de transferrina (TSAT/IST) $\leq 30\%$.
- (B) ferritina ≤ 500 ng/mL e saturação de transferrina (TSAT/IST) $\leq 30\%$.
- (C) ferritina ≤ 100 ng/mL e saturação de transferrina (TSAT/IST) $\leq 30\%$.
- (D) ferritina ≤ 300 ng/mL e saturação de transferrina (TSAT/IST) $\leq 30\%$.
- (E) ferritina ≤ 500 ng/mL e saturação de transferrina (TSAT/IST) $\leq 20\%$.

79

Nas sessões de hemodiálise, a complicação mais comum é a

- (A) cefaleia.
- (B) câimbra.
- (C) dor torácica.
- (D) hipotensão.
- (E) hipertensão intradialítica.

80

Paciente de 55 anos, hipertenso, é portador do vírus HIV, e apresenta quadro de doença renal crônica com indicação de eletivo tratamento dialítico.

Diante do caso, a medida correta a ser adotada é

- (A) o isolamento do paciente e/ou de máquinas separadas para ele.
- (B) substituir a hemodiálise pela modalidade de diálise peritoneal, que apresenta melhor desfecho de morbimortalidade.
- (C) a criação precoce de fístula arteriovenosa (FAV) para todas as pessoas vivendo com HIV que estão se aproximando da DRC terminal e que planejam usar hemodiálise.
- (D) a retirada da terapia antirretroviral.
- (E) o transplante renal.

Realização

