



PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIAS MÉDICAS



Universidade
Estadual do Piauí

PROVA ESCRITA OBJETIVA – TIPO 5

RESIDÊNCIAS MÉDICAS: **NEFROLOGIA**

DATA: 20/01/2018 – HORÁRIO: 14 às 16 horas (horário do Piauí)

LEIA AS INSTRUÇÕES:

01. Você deve receber do fiscal o material abaixo:
 - a) Este caderno com 50 questões objetivas sem falha ou repetição.
 - b) Um CARTÃO-RESPOSTA destinado às respostas objetivas da prova.

OBS: Para realizar sua prova, use apenas o material mencionado acima e, em hipótese alguma, papéis para rascunhos.
02. Verifique se este material está completo e se seus dados pessoais conferem com aqueles constantes do CARTÃO-RESPOSTA.
03. Após a conferência, você deverá assinar seu nome completo, no espaço próprio do CARTÃO-RESPOSTA utilizando caneta esferográfica com tinta de cor azul ou preta.
04. Escreva o seu nome nos espaços indicados na capa deste CADERNO DE QUESTÕES, observando as condições para tal (assinatura e letra de forma), bem como o preenchimento do campo reservado à informação de seu número de inscrição.
05. No CARTÃO-RESPOSTA, a marcação das letras correspondentes às respostas de sua opção, deve ser feita com o preenchimento de todo o espaço do campo reservado para tal fim.
06. Tenha muito cuidado com o CARTÃO-RESPOSTA, para não dobrar, amassar ou manchar, pois este é personalizado e em hipótese alguma poderá ser substituído.
07. Para cada uma das questões são apresentadas cinco alternativas classificadas com as letras (A), (B), (C), (D) e (E); assinale apenas uma alternativa para cada questão, pois somente uma responde adequadamente ao quesito proposto. A marcação em mais de uma alternativa anula a questão, **mesmo que uma das respostas esteja correta**; também serão nulas as marcações rasuradas.
08. As questões são identificadas pelo número que fica à esquerda de seu enunciado.
09. Os fiscais não estão autorizados a emitir opinião nem a prestar esclarecimentos sobre o conteúdo das provas. Cabe única e exclusivamente ao candidato interpretar e decidir a este respeito.
10. Reserve os 30(trinta) minutos finais para marcar seu CARTÃO-RESPOSTA. Os rascunhos e as marcações assinaladas no CADERNO DE QUESTÕES não serão levados em conta.
11. Quando terminar sua Prova, antes de sair da sala, assine a LISTA DE FREQUÊNCIA, entregue ao Fiscal o CADERNO DE QUESTÕES e o CARTÃO-RESPOSTA, que deverão conter sua assinatura.
12. O tempo de duração para esta prova é de **2 (duas) horas**.
13. Por motivos de segurança, você somente poderá ausentar-se da sala de prova depois de **1h30min.** do início de sua prova.
14. O rascunho ao lado não tem validade definitiva como marcação do Cartão-Resposta, destina-se apenas à conferência do gabarito por parte do candidato.

Nº DE INSCRIÇÃO

--	--	--	--	--	--	--	--

Assinatura

Nome do Candidato (letra de forma)

RASCUNHO

01		26	
02		27	
03		28	
04		29	
05		30	
06		31	
07		32	
08		33	
09		34	
10		35	
11		36	
12		37	
13		38	
14		39	
15		40	
16		41	
17		42	
18		43	
19		44	
20		45	
21		46	
22		47	
23		48	
24		49	
25		50	

PROCESSO SELETIVO - RESIDÊNCIA MÉDICA - NEFROLOGIA
NÚCLEO DE CONCURSOS E PROMOÇÃO DE EVENTOS - NUCEPE
FOLHA DE ANOTAÇÃO DO GABARITO - ATENÇÃO: Esta parte somente deverá ser destacada pelo fiscal da sala, após o término da prova.

Nº DE INSCRIÇÃO						

01. Nefropatia diabética é uma das graves complicações associada ao diabetes mellitus e relacionado com aumento de mortalidade nessa população. Marque a alternativa **CORRETA** quanto à nefropatia diabética.
- Glomeruloesclerose difusa é o padrão histológico mais comum.
 - Glomeruloesclerose nodular é manifestação mais comum na criança.
 - Anticorpos anti receptor PLA2R está associado aos quadros mais graves da glomeruloesclerose.
 - Glomeruloesclerose e vasoconstrição são consequências direta da hiperglicemia.
 - O primeiro achado laboratorial sugestivo de nefropatia diabética é a proteinúria > 500mg/dia.
02. A doença renal crônica (DRC) promove uma série de complicações as quais exigem controle rigoroso e monitorização periódica. Quanto ao tratamento da DRC, marque a alternativa **CORRETA**:
- Para o tratamento da anemia recomenda-se o uso de cloridrato de sevelamer e acetato de cálcio.
 - Para o tratamento preferencial da hiperparatireoidismo terciário o calcitriol é a droga de eleição.
 - Para o tratamento da acidose metabólica o uso de bicarbonato está indicado quando bicarbonato sérico < 22 mEq/L.
 - Para a prevenção da progressão da doença renal os inibidores da enzima conversora da angiotensina são contraindicados, pois causam queda na filtração glomerular.
 - Recomenda-se restrição calórica e protéica severa (<0,6 g/kg/dia).
03. Paciente, 67 anos, portador de diabetes mellitus e CA de próstata, é admitido no HUT com quadro de celutite extensa e febre evoluindo com quadro de choque séptico e oligúria. Ao exame: desidratado +++/4, PA 70x50 mmHg, exames: creatinina 3,0mg/dL (dois dias antes 1,8 mg/dL), uréia 105 mg/dL e oligúria (diurese < 0,5ml/kg/hora). Após 5 dias, evolui com piora da função renal e acidose metabólica. Baseado neste caso, marque a alternativa **CORRETA**.
- Trata-se de injúria renal aguda séptica sobreposta a DRC, deve-se iniciar noradrenalina, furosemida e restrição hídrica.
 - Trata-se de injúria renal aguda por sepse, paciente deve ser tratado com hidratação vigorosa e antibioticoterapia.
 - Trata-se de injúria renal aguda por hipovolemia, deve iniciar metformina e programar cirurgia da próstata.
 - Trata-se de injúria renal aguda por sepse, deve ser submetido a diálise de urgência.
 - Trata-se de DRC, deve ser iniciar furosemida e iniciar eritropoietina para elevar pressão arterial.
04. Em qual das seguintes situações é preconizado o uso de antibiótico profilático para endocardite, em pacientes submetidos ao tratamento dentário?
- Comunicação interatrial.
 - Comunicação interventricular.
 - Paciente com ponte de safena.
 - Paciente com marcapasso definitivo.
 - Todas as alternativas acima.
05. Qual grupo das miocardiopatias apresenta melhor prognóstico a longo prazo?
- Dilatada.
 - Restritiva com obliteração.
 - Restritiva sem obliteração.
 - Hipertrófica.
 - Não existe diferença significativa entre elas.

06. Mulher de 82 anos, hipertensa com osteoartrose de joelho, apresenta histórias de queda da própria altura, sendo a última há 2 anos, antes de iniciar programa de fisioterapia. Procura consultório médico com queixa de palpitações taquicárdicas. Ao exame físico, apresentou ritmo cardíaco irregular, e ao eletrocardiograma, foi diagnosticada fibrilação atrial. Dentre as condutas a seguir, a mais adequada é:
- Ácido acetilsalicílico na dose de 300 mg / dia.
 - Varfarina mantendo INR abaixo de 2 pelo risco de sangramento.
 - Associar ácido acetilsalicílico 100 mg/ dia e varfarina mantendo INR entre 1,5 e 2.
 - Não usar varfarina nem ácido acetilsalicílico pelo risco de queda.
 - Varfarina mantendo entre 2 e 3.
07. Paciente, masculino, 30 anos, apresenta quadro de monoartrite em joelho direito e dor matinal em calcâneo. Sintomas presentes há mais de 8 meses com pouca melhora com AINH. Nega febre, adinamia. Antecedentes de hiperemia ocular de repetição. Sobre o caso, marque a **CORRETA**:
- Provável Lupus Eritematoso Sistêmico e exame FAN seria necessário para diagnóstico.
 - Provável Artrite Reumatóide e exame de Fator reumatóide seria necessário para diagnóstico.
 - Provável Espondiloartrites e exame de HLA B27 seria necessário para diagnóstico.
 - Provável Espondiloartrose e exame de Rx de joelhos seria necessário para diagnóstico.
 - Provável Espondiloartrites e exame de FAN seria necessário para diagnóstico.
08. Sobre vasculites sistêmicas, marque a associação **CORRETA**:
- Arterite de Takayassu ----- dor testicular.
 - PAN ----- cefaleia temporal.
 - Kawasaki ----- dor abdominal.
 - Granulomatose de Wegener ----- lesões cavitárias nasofaríngeas.
 - Arterite temporal ----- ausência de pulsos.
09. Paciente masculino, 20 anos, apresenta quadro de monoartrite aguda em joelho D há 24h. Apresenta dor importante no local, associado à dificuldade de marcha. Refere muita dor e indisposição, porém afebril e apetite preservado. Nega sintomas semelhantes anteriores. Sobre o caso, marque a melhor alternativa sobre o diagnóstico e conduta inicial:
- Provável Artrite reumatóide e deve solicitar anti CCP.
 - Provável Gota e deve solicitar ácido úrico sérico.
 - Provável Artrite infecciosa e deve solicitar hemocultura.
 - Provável Lupus Eritematoso Sistêmico e deve solicitar FAN.
 - Provável Artrite infecciosa e deve solicitar artrocentese.
10. A enxaqueca (migrânea) é uma das cefaleias mais prevalentes e muitas vezes com alta frequência, necessitando, portanto, de tratamento profilático medicamentoso. Existem diversas medicações com essa finalidade, devendo a escolha ser individualizada com base em diversos fatores do paciente (idade, sexo, profissão, comorbidades, etc). Assinale a alternativa que mostra uma medicação que **NÃO** é utilizada como profilaxia da enxaqueca ou que contém erro nos possíveis efeitos colaterais/adversos:
- Topiramato - perda de peso e facilita litíase renal.
 - Ácido valproico - ganho de peso e alopecia.
 - Flunarizina - sonolência e tremor parkinsoniano.
 - Propranolol - hipotensão e descompensação de asma e diabetes.
 - Sumatriptano - parestesias e sensação de opressão torácica.
11. Na Síndrome de Turner, podemos encontrar características tipicamente associadas dentre as abaixo listadas, **EXCETO**,
- fenótipo neurocognitivo.
 - quarto metacarpo curto.
 - amenorreia primária.
 - baixa estatura.
 - déficit de hormônio de crescimento.

12. Escolha a alternativa **CORRETA**:

- a) A zona glomerulosa, do córtex da adrenal, é responsável pela produção de mineralocorticóides, sendo regulada principalmente pelo ACTH.
- b) A doença de Adison está associada à insuficiência adrenal primária aguda com aumento de ACTH e deficiência combinada de mineralo e glicocorticóide.
- c) Hiperplasia adrenal congênita por deficiência de 21 hidroxilase é uma causa de insuficiência adrenal secundária.
- d) hipercalcúria, redução da densidade mineral óssea são alterações osteometabólicas associadas à síndrome de Cushing.
- e) O uso crônico de glicocorticóide é a principal causa da insuficiência adrenal primária.

13. A respeito do diagnóstico da Síndrome de Cushing, assinale a opção **CORRETA**.

- a) A detecção de um nódulo adrenal incidental na tomografia computadorizada é suficiente para afirmar que se trata de um hipercortisolismo ACTH independente.
- b) A detecção dos níveis elevados de cortisol à meia noite é importante para o diagnóstico da Síndrome de Cushing, inclusive para documentar recidiva de Doença de Cushing operado.
- c) A ressonância magnética nuclear de sela túrcica permite a visualização de 90% dos microadenomas hipofisários.
- d) A cintilografia com ¹¹¹In-Pentetreotida é o exame de primeira escolha no diagnóstico do hipercortisolismo.
- e) O cateterismo de seio petroso inferior deve ser sempre indicada quando a TC de adrenal documentar nódulos bilaterais com hipercortisolismo laboratorial e imagem de RNM de hipófise normal.

14. Com relação à cirrose hepática, pode se afirmar que:

- a) Ascite é uma complicação frequente e vai se manifestar em 50% dos pacientes ao longo de 10 anos.
- b) A Peritonite Bacteriana Espontânea (PBE) é uma infecção caracteristicamente polimicrobiana, daí a necessidade de esquema de antibiótico de largo espectro em seu tratamento.
- c) Antibioticoterapia profilática está indicada somente nos pacientes com sangramento digestivo que cursam com instabilidade hemodinâmica.
- d) O betabloqueador deve ser instituído imediatamente nos pacientes que cursam com sangramento digestivo alto.
- e) Ascite refratária é aquela na qual não há resposta ao tratamento com dose máximas de diuréticos, furosemida 120 mg/dia e espironolactona 300 mg/dia.

15. Todas as afirmativas abaixo, referentes à pancreatite aguda, são verdadeiras, **EXCETO**,

- a) dentre inúmeras etiologias, as principais são biliar e álcool, esta última sob a forma agudizada da pancreatite crônica.
- b) a pancreatite aguda leve (edematosa intersticial) corresponde a 80 a 90% dos casos.
- c) Tramadol, meperidina e morfina são ótimas opções terapêuticas no controle da dor.
- d) a infecção nestes pacientes está relacionada a germes anaeróbios e gram positivos.
- e) o pseudocisto pancreático é uma coleção de suco pancreático envolvida por parede não epitelizada e representa complicação de fase mais tardia da pancreatite aguda.

16. A dor abdominal aguda representa uma das principais queixas em serviços de urgência. Assinale abaixo a alternativa **INCORRETA**:

- a) Cetoacidose diabética, porfíria e hipertireoidismo são causas metabólico/endócrinas de dor abdominal.
- b) A TC helicoidal de abdome apresenta alta especificidade e sensibilidade em apendicite aguda.
- c) Isquemia mesentérica aguda na maioria das vezes, mais de 50%, decorre de trombose formada na artéria mesentérica superior.
- d) Uso de narcóticos, imunossuppressores e antiinflamatórios podem dificultar o diagnóstico de abdome agudo.
- e) Recentemente tem sido relacionados casos de intussuscepção à AIDS, no íleo terminal, secundário à linfoma ou processo inflamatório por micobactéria atípica.

17. Úlcera por pressão onde há perda total dos tecidos com exposição de osso, tendão ou músculo, é classificada como grau:
- a) I
 - b) II
 - c) III
 - d) IV
 - e) V
18. MASS, 70 anos, vem à consulta, queixando-se de esquecimentos. Refere início há 2 meses de esquecimentos para fatos recentes (esquece o que ia fazer e onde guardou as coisas), sem outras queixas. Ao ser questionada refere irritabilidade, insônia terminal, choro fácil. Nega quedas. Antecedente de hipertensão em uso de hidroclorotiazida.

Em relação ao quadro clínico qual a principal hipótese diagnóstica e a conduta?

- a) Doença de Alzheimer – solicitar exames de rastreio.
 - b) Delirium – internar a paciente para realizar antibioticoterapia.
 - c) Depressão – solicitar função tireoidiana e iniciar sertralina.
 - d) Distúrbio do sono – iniciar amitriptilina.
 - e) Doença de Alzheimer – iniciar anticolinesterásico.
19. Segundo a Sociedade Americana de Hematologia e o CDC, aproximadamente 70.000 a 100.000 norte-americanos são portadores de anemia falciforme, uma das formas mais comuns de desordens sanguíneas hereditárias. As manifestações clínicas, na maioria das vezes, são decorrentes de fenômenos vaso-oclusivos e hemólise. A vaso-oclusão resulta em episódios dolorosos recorrentes e uma variedade de complicações graves do sistemas orgânicos que podem levar a insuficiências, ao longo da vida e até a morte. A hemólise causa anemia crônica e cálculos biliares. A respeito da anemia falciforme, qual das alternativas abaixo não configura complicação aguda?
- a) Dactilite.
 - b) Acidente vascular cerebral isquêmico.
 - c) Priapismo.
 - d) Cardiomiopatia com disfunção diastólica.
 - e) Infarto agudo do miocárdio.
20. Paciente JVC, 28 anos, trazido ao pronto atendimento por familiares com queixa de dor precordial, com início há mais ou menos 90 min, tipo aperto, de forte intensidade, associada a diaforese. Ao exame físico, o paciente encontra-se agitado e com diaforese, PA: 180/120mmHg, FC de 120bpm, AC: rr2t, bnf. Taquipneico. AP: mv fisiológico. Pulsos distais simétricos nos quatro membros. Segundo a família paciente é etilista e usuário de cocaína. Sem comorbidades. Sem relato de alergias medicamentosas ou alimentares. Qual conduta não se aplica no pronto atendimento, na condução deste paciente?
- a) Pela suspeita de síndrome coronariana aguda, o paciente deve ser monitorizado e ficar em leito para estabilização clínica.
 - b) Os exames de ECG, Rx de tórax e marcadores de necrose miocárdica (troponinas) devem ser realizados o mais breve possível conforme protocolo institucional.
 - c) Segundo as diretrizes internacionais deve ser medicado com ácido acetil salicílico, nitroglicerina, labetalol e morfina.
 - d) Benzodiazepínico é uma excelente opção terapêutica para reduzir os níveis pressóricos e a FC deste paciente.
 - e) Se houver confirmação de IAM, o paciente JVC deve ser submetido a estratégia de reperfusão invasiva.

21. O derrame pleural frequentemente é diagnosticado nos serviços de emergência, com etiologias variadas, sendo a tuberculose uma das principais causas. Sobre derrame pleural **NÃO** é **CORRETO** afirmar:
- O termo efusão parapneumônica complicada denota um derrame pleural associado à bronquiectasia, pneumonia bacteriana ou abscesso pulmonar, com a presença de indicadores bioquímicos ou bacteriológicos de infecção requerendo drenagem torácica.
 - Tosse, febre, dispneia e dor torácica ventilatória são indicadores de acometimento pleural.
 - A toracocentese de alívio é indicada em pacientes com derrame pleural com intenso desconforto respiratório e dispneia, podendo ser retirado no máximo 1 a 1,5 litros.
 - A tuberculose pleural deve sempre entrar no diagnóstico diferencial de transudatos.
 - O aspecto do líquido pleural sanguinolento sugere neoplasia, tuberculose, trauma ou embolia pulmonar.
22. Apesar da diminuição da incidência a partir do tratamento com inibidores de bombas de prótons, a doença ulcerosa péptica é a principal causa de hemorragia digestiva alta. Cerca de 25% dos pacientes com doença ulcerosa irão apresentar recorrência do sangramento ou apresentar a forma grave. Vários são os fatores de risco, **EXCETO**:
- Acidez gástrica.
 - Uso de anti-inflamatórios não hormonais.
 - Estresse.
 - Tumor.
 - Infecção por *Helicobacter pylori*.
23. Sobre a trombose venosa profunda é **INCORRETO** afirmar:
- A idade é considerada o maior fator de risco.
 - Mais de 50% dos episódios ocorrem com algum fator de risco secundário, como neoplasia, grande trauma, internação hospitalar, procedimento cirúrgico.
 - No quadro clínico, a dor à palpação da musculatura da panturrilha é sugestiva, mas não patognomônica.
 - A diferença no diâmetro entre os dois membros inferiores na região da panturrilha tem valor preditivo importante para o diagnóstico de trombose venosa profunda.
 - São critérios de Wells para trombose venosa profunda: neoplasia ativa, hipersensibilidade no trajeto venoso, veias superficiais varicosas com colaterais.
24. No tratamento da pneumonite aspirativa química a recomendação inicial é:
- Ceftriaxone 2 g EV 1 crianças.
 - Quinolona com espectro antipneumocócica.
 - Suporte clínico e aguardar 24 a 48h, caso os sintomas persistam ou piorem, tratar como pneumonia aspirativa.
 - Ceftriaxone + clindamicina ou metronidazol
 - Quinolona com espectro antipneumocócica + clindamicina.
25. A endocardite infecciosa é uma infecção da superfície endotelial do coração, sendo as valvas cardíacas as estruturas mais comumente afetadas. Sobre a endocardite é **CORRETO** afirmar?
- A endocardite subaguda evolui ao longo de semanas a meses com grau discreto de toxicidade e raramente apresenta infecção metastática.
 - Os sopros cardíacos podem não ser audíveis em doentes com endocardite de valva tricúspide.
 - Nos pacientes com prótese valvar com suspeita de endocardite deve-se solicitar direto o ecocardiograma transtorácico.
 - Nos pacientes com endocardite de valva nativa há indicação de anticoagulação pois o risco de hemorragia subaracnoide é pequeno.
 - Nas manifestações periféricas as manchas de Roth são bastantes comuns.
26. A crise hipercalcêmica é a apresentação clínica de hipercalcemia de maior interesse para os emergencistas, tendo como principais manifestações clínicas renais, musculoesqueléticas, neurológicas, cardiovasculares e gastrointestinais. Sobre o tratamento da crise hipercalcêmica é **INCORRETO** afirmar?
- Hidratação vigorosa com SF 0,9% é a medida inicial e uma das mais importantes.
 - Corticosteroides são indicados apenas em casos de Mieloma, sarcoidose e linfoma.
 - Furosemida é contraindicado, tendo seu uso apenas nos casos de hipervolemia.
 - Calcitonina é utilizada nos casos graves, com efeito hipocalcêmico em menos de 24h, podendo ser usada por mais de 48h.
 - A hemodiálise deve ser considerada em pacientes refratários a outros tratamentos.

27. Mulher de 67 anos de idade é avaliada por uma história de dispneia de esforço progressiva há 6 meses, tonturas posturais, edema de membros inferiores e dor ardente com dormência nos quatro membros. Ela também observa fezes pastosas intermitentes com até 6 evacuações ao dia. Sem antecedentes patológicos importantes e não toma medicamentos. Em avaliação médica periódica há 3 anos o exame físico e exames laboratoriais foram normais. No exame físico, a temperatura é normal, a frequência cardíaca de 90 / min e frequência respiratória é de 20 / min. A pressão arterial é 140/80 mm Hg sentada; em pé, a pressão arterial cai para 80/50 mm Hg com tonturas. IMC é 26. A pressão venosa central estimada é de 7 cm de H₂O. Os sons respiratórios diminuídos são ouvidos nas bases dos pulmões bilateralmente. O exame cardíaco não evidencia atrito ou galope. O exame abdominal revela hepatoesplenomegalia leve. No exame neurológico, há sensação de toque e vibração prejudicadas em uma distribuição de luvas e meias. O edema bilateral das extremidade inferiores é observado ao nível dos tornozelos.

Exames laboratoriais

Albumina: 2.8g/dl

Creatinine: 1.6 mg/dl

Electrolitos séricos normais

Glicemia de jejum: 80mg/dl

Sumario de urina: proteínas 3+, restante normal

Proteinuria de 24hs: 5.000mg/24hs.

Qual dos seguintes é o diagnóstico mais provável na biópsia de rim?

- a) Amiloidose AL.
- b) Nefropatia diabética.
- c) Nefropatia do mieloma.
- d) Glomeruloesclerose segmentar e focal(GESF).
- e) Nefroesclerose hipertensivo.

28. Uma mulher de 23 anos é avaliada por hematúria persistente inicialmente descoberta após o tratamento de uma infecção do trato urinário. Ela é assintomática. A história familiar é significativa para hematúria persistente em seu pai e irmão sem insuficiência renal. O histórico médico não é notável, e ela não toma medicamentos. No exame físico, a temperatura é de 37,0 ° C, a pressão arterial é 110/74 mm Hg, a frequência cardíaca é de 74 / min e a frequência respiratória é de 16 / min. O IMC é 24. A audição é normal, e o exame dos olhos não é digno de nota. O exame cardiopulmonar é normal. O exame

cutâneo não mostra lesões. O exame neurológico não é digno de nota.

Exames laboratorias

Ureia: 36 mg/dl

Creatinina: 0.7mg/dl

Sumário de urina: pH 5,0; 2+ sangue; sem proteína; 10-20 eritrócitos / hpf

A ultra-sonografia do rim mostra rins de tamanho normal sem evidência de obstrução ou cistos.

Qual das seguintes opções é o diagnóstico mais provável:

- a) Doença de Fabry.
- b) Nefrite hereditária.
- c) Doença da membrana basal glomerular fina.
- d) Complexo da esclerose tuberosa.
- e) Doença de Berger.

29. Um homem de 23 anos é avaliado durante uma visita médica por hematúria persistente, inicialmente descoberta há 3 anos quando foi avaliado para uma possível infecção do trato urinário. Dois sumários de urina subsequentes mostraram hematúria sem outras anormalidades. Ele nega episódios de hematúria macroscópica. Nega febre, erupção cutânea ou artrite. A história familiar é notável por sua mãe e sua tia materna que têm hematúria; não há história familiar de doença renal. A história médica é negativa e o paciente não toma medicamentos. No exame físico, o paciente está afebril, a pressão arterial é de 118/78 mm Hg, a frequência cardíaca é de 64 / min e a frequência respiratória é de 14 / min. O IMC é 24. O restante do exame físico é normal.

Exames complementares:

Complementos (C3 e C4) normais

Creatinina 0.6mg/dl

Sorologias para HIV, Hepatite B e C negativas

FAN negativo

ANCAs Negativos

Sumário de urina: 2+ sangue; sem proteína; 10-15 eritrócitos / hpf;

Proteinúria de 24hs: 90mg/24hs

A ultra-sonografia renal é normal.

Quais das seguintes opções é a conduta mais adequada para o referido paciente:

- a) TC abdominal com contraste.
- b) Cistoscopia.
- c) Biópsia renal.
- d) Seguimento com creatinina, sumário de urina e proteinuria e 24hs periódicos.
- e) Citologia da urina.

30. Um homem de 69 anos é admitido na UTI com uma história de 3 dias de piora da falta de ar e edema. Ele é encontrado com edema agudo pulmonar com hipoxia grave que requer intubação e ventilação mecânica. A história médica é significativa para cardiomiopatia isquêmica, doença da artéria coronária, infarto do miocárdio, hipertensão, hiperlipidemia e hiperplasia benigna da próstata. Os medicamentos de admissão são a AAS, ramipril, carvedilol, atorvastatina e furosemida. No exame físico o paciente está afebril, a pressão arterial é 92/60 mmHg e a frequência cardíaca de 112 / min. A pressão venosa central estimada é de 14 cm H₂O. Creptos difusos são ouvidos em ambos os campos do pulmão. O exame cardiovascular revela ritmo de galope com S4. Há edema das extremidades inferiores até joelhos. Uma infusão de dobutamina é iniciada. Um cateter urinário é inserido, e ele recebe furosemida intravenosa com uma saída de urina de 200 ml em 4 horas.

Exames laboratoriais:

Ureia sérica: 152mg/dl

Creatinina sérica: 3mg/dl

Eletrólitos séricos: normais

Fração de excreção de Sódio: 1.5%

Sódio urinário: 64meq/l

Fração de excreção de Ureia: 9%

Sumário de urina: densidade específica 1,018, pH 5,5; proteína I +; 1-2 eritrócitos / hpf; 2-4 leucócitos / hpf, cilindros hialinas e granulados finos moderados

Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

- a) Nefrite intersticial aguda.
- b) Necrose tubular aguda.
- c) Uropatia obstrutiva.
- d) Lesão renal aguda pré-renal.
- e) Glomerulonefrite.

31. Um homem de 75 anos é avaliado no Pronto Socorro, por poliúria, polidipsia e noctúria. De antecedentes apresenta diabetes, um histórico de tabagismo (45 anos/maço) e não ingere álcool. No exame físico o paciente está alerta e orientado. A pressão sanguínea é 115/65 mm Hg em decúbito dorsal e 100/60 mm Hg em pé. A frequência cardíaca é de 84 / min em decúbito dorsal e 95/ min em pé, e a frequência respiratória é de 21 / min. IMC de 26. Sibilos expiratórios ocasionais são observados no campo pulmonar posterior esquerdo.

Exames de laboratório:

Ureia sérica: 65mg/dl

Creatinina sérica: 0,9mg/dl

Colesterol total: 250mg/dl

Cloro sérico: 92 mEq / L

Sódio sérico: 130mEq / L

Potássio sérico: 4,5 mEq / L

Bicarbonato sérico: 24 mEq / L

Glicose sérica: 800 mg / dL

Osmolalidade plasmática 320 mOsm / kg

A radiografia do tórax mostra uma massa cavitada de 2 cm no lobo superior esquerdo.

Qual das seguintes condições é a causa mais provável da hiponatremia desse paciente?

- a) Insuficiência adrenal.
- b) Hiperlipidemia.
- c) Hiperlipidemia.
- d) Reset do osmótico.
- e) Síndrome de secreção inapropriada de hormônio antidiurético.

32. Qual dos achados abaixo é menos provável de ser encontrado em um paciente com glomerulonefrite pós-streptocócica?

- a) Edema.
- b) Hipertensão arterial.
- c) Proteinúria maior ou igual a 500mg/24 horas.
- d) Hemácias dismórficas na urina.
- e) Oligúria.

33. Paciente de 35 anos, pedreiro, dá entrada no pronto-socorro com quadro de início há 36 horas antes da consulta com cefaleia e mialgias intensas, além de alterações do nível de consciência. Ao exame, apresenta-se torporoso, sem sinais de localização neurológica, rigidez de nuca +/4+, icterícia +++/4+, púrpura e petéquias subconjuntivais; líquido claro com 98 leucócitos, sendo 80% neutrófilos; leucograma com 14.500 leucócitos, 20% bastões; 70 segmentados e 0 (zero) eosinófilos; Na⁺ = 135 mEq/l; K⁺ = 2,0 mEq/l; creatinina = 5,2mg/dl; bilirrubina total de 12 mg/dl com 9,0 de direta; TGO e TGP de 100 UI. O diagnóstico provável e seu diagnóstico diferencial mais importante seriam, respectivamente:

- a) Meningite meningocócica / abscesso perinefrético.
- b) Abscesso hepático originando sépsis / hepatite a vírus.
- c) Leptospirose / colangite ascendente.
- d) SIDA com infecção por citomegalovírus / meningococcemia.
- e) Hepatite B na forma fulminante / leucemia aguda com sépsis.

34. Em que situação clínica um aumento de creatinina sérica seria explicado apenas por uma redução na taxa de filtração glomerular?
- Uso de cimetidina em um paciente com úlcera péptica.
 - Diabético com bexiga neurogênica.
 - Convulsões em paciente com estado epiléptico.
 - Contração severa de volume extracelular em paciente com diarreia.
 - Uso de trimetropim em paciente com infecção urinária.
35. A noradrenalina é um fármaco utilizado nos pacientes com instabilidade hemodinâmica, sendo um dos seus efeitos:
- diminuir a frequência cardíaca.
 - aumentar o ritmo de filtração glomerular.
 - diminuir a contratilidade miocárdica.
 - aumentar a vasodilatação periférica.
 - diminuir o risco de desenvolver arritmia.
36. Endocardite infecciosa, em usuários de drogas injetáveis, acomete preferencialmente as câmaras direitas; e o germe mais prevalente é:
- enterococo.
 - s. aureus.
 - estafilococo coagulase negativo.
 - difteroides.
 - estreptococo.
37. A principal causa da hiponatremia com osmolaridade elevada é:
- cirrose hepática.
 - insuficiência adrenal.
 - SSIADH.
 - hipotireoidismo.
 - diabetes melito
38. A mais frequente causa de fibrilação ventricular e taquicardia ventricular sem pulso é:
- hiperpotassemia.
 - embolia pulmonar.
 - hipertireoidismo.
 - hipoxemia.
 - doença isquêmica do miocárdio.
39. Na insuficiência renal aguda por necrose tubular aguda, a concentração urinária de sódio e a relação ureia/creatinina situa-se, respectivamente,
- acima de 20meq/l, acima de 40.
 - acima de 20meq/l, abaixo de 40
 - abaixo de 20meq/l, acima de 40
 - abaixo de 40meq/l, abaixo de 20.
 - acima de 40meq/l, abaixo de 20.
40. Paciente masculino, 30 anos, sem antecedentes de hipertensão, deu entrada na UTI com PA: 220 X 140mmHg e sinais de encefalopatia hipertensiva. Há relato de uso de cocaína nas horas anteriores. No tratamento hipotensor desse paciente, está contraindicado o uso de:
- Nitroprussiato de sódio.
 - Fenitoína
 - Nitroglicerina.
 - Betabloqueadores.
 - Hidralazina.
41. Sobre litíase urinária, assinale a alternativa **CORRETA**:
- Em pacientes com obesidade/síndrome metabólica a composição dos cálculos é principalmente de ácido úrico, enquanto que em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica com *bypass* gastrointestinal a composição é predominantemente de oxalato de cálcio.
 - Pacientes com histórico de litíase urinária obrigatoriamente devem seguir dieta pobre em leite e derivados.
 - A dosagem de elementos em estudo metabólico de urina de 24h, com finalidade diagnóstica do distúrbio litogênico subjacente, não é influenciada pela presença de infecção do trato urinário e/ou uso de certas medicações.
 - Dentre as acidoses tubulares renais, geneticamente transmitidas ou adquiridas, a mais envolvida com a litogênese renal, inclusive nefrocalcinose, é a tipo II.
 - Histórico familiar de primeiro grau positivo e/ou antecedente pessoal de litíase urinária não confere risco para eventos futuros de cólica nefrética.
42. Sobre a infecção do trato urinário, de maneira geral, assinale a **INCORRETA**:
- Mulheres jovens em idade fértil constituem grupo de ocorrência frequente da doença.
 - Em homens idosos é causada frequentemente por estase urinária associada a aumento de dimensões prostáticas.
 - Presença de pielonefrite com gás de permeio (enfisematosa), mais comum em pacientes diabéticos, é indicação muitas vezes de abordagem cirúrgica urológica, a despeito do tratamento com antibióticos.
 - Em pacientes com infecção do trato urinário complicada por litíase urinária obstrutiva (geralmente com cálculos acima de 7mm) é mandatório procedimento cirúrgico de desobstrução urinária após devida cobertura antibiótica.
 - Para pacientes graves, com diagnóstico de sepse por infecção do trato urinário, com resultado de urocultura com antibiograma mostrando Klebsiella ESBL, o antibiótico de escolha é piperacilina-tazobactam.

43. Sobre a ocorrência da lesão renal aguda no contexto da terapia intensiva, assinale a **INCORRETA**:

- a) Tem como uma de suas principais causas a ocorrência de sepse, sobretudo entre os que evoluem para choque séptico.
- b) Dentre as indicações clássicas de terapia renal substitutiva na UTI destacam-se acidose metabólica e hipercalemia refratárias.
- c) Segundo a nova classificação de lesão renal aguda (KDIGO) pode-se considerar esse diagnóstico apenas quando ocorrer aumento de, pelo menos, 0,6mg/dL do valor basal de creatinina.
- d) São indicações formais de terapia de hemodiálise contínua a ocorrência de instabilidade hemodinâmica grave e hipertensão intracraniana.
- e) São considerados sítios prioritários para implante de cateter duplo lúmen para hemodiálise as veias jugulares e femorais, evitando-se ao máximo a utilização das veias subclávias pelo risco de estenose.

44. Paciente, 42 anos, admitido em UTI há 6 dias após laparotomia exploradora por ferimento por arma de fogo em região abdominal, durante a qual evidenciou-se lesões esplênicas, de alça intestinal e pâncreas. Não possui comorbidades prévias. Exames laboratoriais da admissão: hemograma com Hb 12,0g/dL, leuco 10.400 (0/80), plaquetas 170.000, creatinina 0,8mg/dL, uréia 20mg/dL, potássio 4,0mEq/L, sódio 138mEq/L, cloro 98mEq/L, gasometria arterial com pH 7,38, PO₂ 90mmHg, PCO₂ 40mmHg, SaO₂ 99%, bicarbonato 24mEq/L, BH + 2, lactato 1,0mmol/L. Atualmente, o doente encontra-se intubado, com droga vasoativa em baixa dose, e com acidose e hipercalemia refratárias, porém com função renal relativamente preservada e com boa diurese. Novos exames laboratoriais: Hb 10g/dL, leuco 21.000 (8/66), plaquetas 220.000, creatinina 1,6mg/dL, uréia 68mg/dL, sódio 144mEq/L, potássio 4,0mEq/L, cloro 109mEq/L, gasometria arterial com pH 7,2, PO₂ 94mmHg, PCO₂ 42mmHg, SaO₂ 98%, bicarbonato 15mEq/L, BE - 8, lactato 8mmol/L. Com relação ao caso exposto, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) Trata-se de caso de acidose metabólica láctica por choque séptico, sem distúrbio metabólico outro associado e nem respiratório.

- b) Trata-se de acidose metabólica hiperclorêmica por perda de bicarbonato, com alcalose respiratória associada, sem outro distúrbio metabólico associado.
- c) Trata-se de acidose metabólica láctica, com acidose respiratória associada, sem outro distúrbio metabólico associado.
- d) Trata-se de acidose metabólica hiperclorêmica por perda de bicarbonato, sem distúrbio metabólico outro associado e nem respiratório.
- e) Trata-se de acidose metabólica láctica associada a acidose hiperclorêmica, por perda de bicarbonato e acidose respiratória.

45. Sobre as glomerulonefrites/glomerulopatias, em geral, sua epidemiologia, critérios diagnósticos e tratamento, assinale a **INCORRETA**:

- a) A globalmente mais prevalente é a nefropatia por IgA, também conhecida como Doença de Berger.
- b) Diagnóstico de nefrite lúpica pode ser estabelecido, com base no *SLICC SLE Criteria* de 2012, apenas através da análise histopatológica renal compatível, mais a presença de FAN ou Anti-DNA positivos.
- c) Glomerulonefrite rapidamente progressiva (GNRP) é entidade patológica que exige pronto reconhecimento, com necessidade de imunossupressão agressiva à base de corticoesteróides e citostáticos, aliada por vezes à plasmaferese, a depender de sua causa base.
- d) A glomerulopatia membranosa aumenta sua prevalência com o avançar da idade, um dos motivos para isso o próprio processo de envelhecimento e o desenvolvimento de neoplasias, mais comum entre indivíduos idosos.
- e) A glomerulonefrite membranoproliferativa primária possui tratamento bem estabelecido e difundido pela literatura, o que garante aos indivíduos acometidos pela doença grandes chances de cura/remissão da mesma.

Baseado no caso clínico, responda as questões **46 e 47**.

Um homem de 47 anos de idade é encaminhado ao Pronto-Socorro com febre, náuseas e vômitos. Nos últimos 10 anos, ele tem tomado ampicilina para infecção das vias aéreas superiores. A temperatura axilar é de 38,1°C. A pressão sanguínea é de 125/70 mmHg (decúbito dorsal) e 90/56 mmHg (em posição ortostática). A frequência de pulso é de 92 bpm (decúbito dorsal) e 122 bpm (em posição ortostática). Os achados físicos incluem estertores basais raros e sibilos, uma erupção macular pálida no tronco e nas pernas, e aumento moderado da próstata. Radiografia do tórax mostra infiltrado discreto no lobo inferior direito. EAS revela proteinúria 1+, 10 a 20 leucócitos e 20 a 30 hemáceas por campo de grande aumento, e vários cilindros leucocitários. A coloração de Wright do sedimento urinário centrifugado revela muitos eosinófilos. Outros dados laboratoriais:

Eletrólitos séricos – Sódio = 134 mEq/l ; potássio = 5,8 mEq/l; cloreto = 110mEq/l; Bicarbonato = 14 mEq/l;

Ureia sanguínea = 88 mg/dl Creatinina sérica=2,8 mg/dl;

Contagem de leucócitos = 13.200/mm³ (eosinófilos 12%; leucócitos PMN 68%; linfócitos 12%; monócitos 8%); pH arterial = 7,24.

Urina - sódio = 58mEq/l ; cloreto = 34mEq/l; potássio = 17mEqn; pH = 5,7.

46. Qual das opções a seguir é a causa MAIS provável desta síndrome clínica?

- a) Uropatia obstrutiva ao nível da próstata.
- b) Glomerulonefrite aguda.
- c) Nefrite tubulointersticial.
- d) Depleção de volume.
- e) Insuficiência renal crônica branda.

47. Qual das opções a seguir é a que MENOS provavelmente contribui para a hipotensão do paciente?

- a) Vômitos.
- b) Taxa de filtração glomerular (TFG) reduzida.
- c) Nefropatia perdedora de sal.
- d) Pneumonia.
- e) Febre.

48. Todas as assertivas a seguir sobre doença renal cística adquirida (DRCA) são verdadeiras, **EXCETO**:

- a) A DRCA ocorre exclusivamente nos pacientes em hemodiálise e não nos pacientes em diálise peritoneal.
- b) A DRCA é rara nos pacientes sem insuficiência renal.
- c) A DRCA costuma ser assintomática, mas pode provocar dor, febre e hematúria.
- d) A DRCA está associada a hipernefroma.
- e) A DRCA tem predominância masculina.

49. As neoplasias renais nos pacientes em diálise:

- a) Respondem bem à quimioterapia.
- b) Raramente são bilaterais.
- c) Não ocorrem nos pacientes que recebem transplante renal.
- d) Raramente sofrem metástase, a menos que o tumor seja > 3 cm.
- e) Nenhuma das anteriores.

50. Um homem de 60 anos de idade, com insuficiência renal em estágio terminal devido a gomerulonefrite crônica, apresenta início agudo de hematúria macroscópica e dor discreta no flanco. Ele esteve em diálise por quatro anos e sua evolução tem sido tranquila. Ele estava afebril e a hematúria desapareceu sem intervenção.

Qual das opções a seguir é o método de imageamento mais sensível neste quadro?

- a) Ultra-sonografia renal.
- b) Tomografia computadorizada (TC).
- c) Angiografia.
- d) Urografia Excretora.
- e) Nenhuma das respostas acima.