



SURCE

SELEÇÃO UNIFICADA PARA RESIDÊNCIA
MÉDICA DO ESTADO DO CEARÁ

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015

CADERNO DE QUESTÕES

DATA: 16 DE NOVEMBRO DE 2014.

PROGRAMA COM PRÉ-REQUISITO: NEFROLOGIA

ESPECIALIDADE: Nefrologia (R3)

Área de Atuação: Transplante Renal

INSTRUÇÕES

Prezado(a) Participante,

Para assegurar a tranquilidade no ambiente de prova, bem como a eficiência da fiscalização e a segurança no processo de avaliação, lembramos a indispensável obediência aos itens do Edital e aos que seguem:

01. Deixe sobre a carteira **APENAS caneta transparente e documento de identidade**. Os demais pertences devem ser colocados embaixo da carteira em saco entregue para tal fim. Os **celulares devem ser desligados** antes de guardados. O candidato que for apanhado portando celular será automaticamente eliminado do certame.
02. Anote o seu número de inscrição e o número da sala, na capa deste Caderno de Questões.
03. Antes de iniciar a resolução das 50 (cinquenta) questões, verifique se o Caderno está completo. Qualquer reclamação de defeito no Caderno deverá ser feita nos primeiros 30 (trinta) minutos após o início da prova.
04. Ao receber o Cartão-Resposta, confira os dados do cabeçalho. Havendo necessidade de correção de algum dado, chame o fiscal. Não use corretivo nem rasure o Cartão-Resposta.
05. A prova tem duração de **4 (quatro) horas** e o tempo mínimo de permanência em sala de prova é de **2 (duas) horas**.
06. É terminantemente proibida a cópia do gabarito.
07. Os participantes poderão solicitar cópia de seu Cartão-Resposta, digitalizado, conforme previsto no subitem 14.12 do Edital da SURCE.
08. Ao terminar a prova, não esqueça de assinar a Ata de Aplicação e o Cartão-Resposta no campo destinado à assinatura e de entregar o Caderno de Questões e o Cartão-Resposta ao fiscal de sala.

Atenção! Os três últimos participantes só poderão deixar a sala simultaneamente após a assinatura da Ata de aplicação.

Boa prova!

Inscrição

Sala

Seleção Residência Médica 2015

- 01.** Paciente do sexo feminino, 50 anos, portadora de Insuficiência Renal Crônica em tratamento hemodialítico há 12 meses. Doença renal primária: Nefrosclerose hipertensiva. Ganho de peso interdialítico: 3 kg. Apresenta episódios repetidos de hipotensão intra-dialítica.
Entre as alternativas abaixo, qual a mais indicada para controle dos episódios hipotensivos?
- A) Corrigir o hematócrito para > 40%.
 - B) Dialisato com temperatura mais baixa.
 - C) Fluxo sanguíneo e do dialisato mais alto.
 - D) Dialisato com sódio mais baixo do que o plasmático.
- 02.** Paciente do sexo masculino, 28 anos, em diálise há 3 anos por glomerulonefrite crônica. Peso = 50 kg. Vem em uso de eritropoietina subcutânea 8000 U, 3x/semana, sem boa resposta. Exames mais recentes: Ht = 25%, Hb = 8,2 g/dL, VCM = 90 fl (80-100), hemácias normocíticas e normocrômicas, Ferro = 60 ug/dl, Índice de saturação da transferrina = 18% e Ferritina = 1000 ng/ml.
Entre as opções abaixo, o que deve ser recomendado?
- A) Prescrever ferro endovenoso apesar da ferritina elevada.
 - B) Avaliar presença de estado infeccioso ou inflamatório.
 - C) Transfundir 2U de concentrado de hemácias.
 - D) Investigar perda crônica e oculta de sangue.
- 03.** Paciente 28 anos, feminino, internada na UTI com quadro de sepse grave e choque séptico há menos de 24 horas, em uso de altas doses de noradrenalina e vasopressina, com esquema antibiótico amplo e em ventilação mecânica. Diurese nas últimas 12 horas de 600 ml, ureia de 81 mg/dL, creatinina de 1,2 mg/dL, pH = 7,1 e HCO₃ = 10 mEq/L.
Qual o método dialítico mais indicado, nessa situação?
- A) Hemodiafiltração contínua.
 - B) Hemodiálise convencional diária.
 - C) Hemodiálise convencional intermitente.
 - D) Hemodiálise estendida com baixo fluxo (SLED).
- 04.** Paciente masculino, 33 anos, em hemodiálise há 2 anos, 3 vezes por semana, com duração de 4 horas/sessão, através de fistula arterio-venosa.
Segundo as diretrizes do KDOQI para os diversos parâmetros do tratamento dialítico, o que deve ser recomendado para esse paciente?
- A) Albumina \geq 3,5 g/dL.
 - B) Hemoglobina entre 12-14 g/dL.
 - C) PA pré-dialise < 120/80 mmHg.
 - D) Bicarbonato pré-dialise \geq 22 mEq/L.
- 05.** Paciente do sexo feminino, 40 anos, nefrite lúpica, em diálise há 2 anos por fístula arteriovenosa em membro superior direito.
Entre as condições abaixo, o que pode indicar uma estenose da fístula arteriovenosa dessa paciente?
- A) Redução da pressão na câmara venosa.
 - B) Sopro sistólico contínuo e suave audível sobre a fístula.
 - C) Redução da negatividade da pressão arterial pré-bomba.
 - D) Hemostasia difícil ao término da diálise pós- retirada das agulhas.
- 06.** Paciente do sexo feminino, 33 anos, Insuficiência hepática e Síndrome Hepatorenal, encontra-se em diálise há 24 horas pelo método de hemofiltração em uma unidade de terapia intensiva.
Considerando os mecanismos de remoção de solutos, assinale a opção correta em relação a este método dialítico.
- A) Ultrafiltração e convecção.
 - B) Ultrafiltração e difusão.
 - C) Convecção.
 - D) Difusão.

07. Paciente do sexo feminino, 60 anos, iniciou diálise há 1 mês. Faz uso de heparina não fracionada, 5000 U a cada sessão de diálise.
Entre as complicações relatadas com o uso de heparina, assinale a opção que não costuma ser observada.
- A) Hipopotassemia.
 - B) Trombocitopenia.
 - C) Hipertrigliceridemia.
 - D) Complicações tromboembólicas.
08. Paciente do sexo feminino, 58 anos, em hemodiálise há 6 meses por doença renal policística. Exame mensal da clínica nos últimos 3 meses revelando um bicarbonato pré-dialise de 16 mEq/L.
Entre as consequências da acidose metabólica no paciente dialítico, não observamos:
- A) Hipofosfatemia.
 - B) Perda de massa óssea.
 - C) Aumento da mortalidade.
 - D) Aumento do catabolismo protéico.
09. Paciente do sexo feminino, 45 anos, portadora de Insuficiência Renal Crônica por glomeruloesclerose segmentar e focal. Exames realizados recentemente: Hct = 27%, Hb = 8,9 g/dL, Ureia = 120 mg/dL, Creatinina = 4,3 mg/dL, PTH = 285 pg/ml.
Em relação a essa anemia da paciente, podemos afirmar que:
- A) A contagem de reticulócitos deve estar aumentada e a meia vida das hemácias reduzida para 70-80 dias.
 - B) O Hiperparatireoidismo contribui para a anemia principalmente por favorecer a hemólise extramedular.
 - C) É mais provável ser do tipo hipocrômica microcítica hipoproliferativa e traz riscos cardíacos para a paciente.
 - D) O estado inflamatório da doença renal crônica leva a uma resistência à ação medular da eritropoietina, contribuindo para a anemia.
10. Paciente do sexo feminino, 48 anos, doença renal crônica por nefrite familiar, encontra-se em hemodiálise há 3 meses. Índice de massa corporal de 22 kg/m².
Segundo as diretrizes do KDOQI, como deve ser a ingestão protéica e calórica dessa paciente, para preservar um estado nutricional adequado?
- A) 1,0g/kg/dia e 35 kcal/kg/dia.
 - B) 1,2 g/kg/dia e 30 kcal/kg/dia.
 - C) 1,0g /kg/dia e 30 kcal/kg/dia.
 - D) 1,2 g/kg/dia e 35 kcal/kg/dia.
11. Paciente do sexo feminino, 60 anos, nefrosclerose hipertensiva, iniciou tratamento de diálise peritoneal ambulatorial contínua há 6 meses. Há 2 dias, observou líquido de drenagem turvo, febre e dor abdominal no baixo ventre, sendo diagnosticado peritonite bacteriana.
Que característica da solução de diálise peritoneal altera a eficácia da fagocitose e destruição da bactéria invasora?
- A) pH alcalino.
 - B) alta osmolalidade.
 - C) altos níveis de cálcio.
 - D) baixos níveis de lactato.
12. Paciente do sexo feminino, 40 anos, doença renal crônica secundária à nefropatia diabética (diabetes tipo 2), iniciou CAPD há 2 meses. Faz uma ingestão inadequada de água e sal, ficando acima do peso seco e necessitando usar soluções de diálise hipertônica com frequência.
Entre as complicações da maior absorção de glicose, qual a que não se aplica a esse caso?
- A) Aumento do LDL colesterol.
 - B) Hiperinsulinemia.
 - C) Ganho de peso.
 - D) Hiponatremia.

13. Paciente do sexo masculino, 50 anos, submetido a transplante renal há 8 meses. Evoluindo com disfunção renal e a pesquisa de decoy cells foi positiva.
O que podemos afirmar nesse caso?
- A) A quantificação da virúria por PCR para BK vírus tem sensibilidade similar à citologia urinária.
 - B) Uma virúria clinicamente significante geralmente precede a nefropatia por BK vírus em 4 semanas.
 - C) A presença de decoy cells na citologia urinária tem alto valor preditivo positivo para nefropatia por BK vírus.
 - D) Um diagnóstico definitivo de nefropatia por BK vírus requer a demonstração de alterações citopáticas no epitélio tubular na biópsia.
14. Paciente do sexo feminino, 42 anos, doença renal crônica secundária à síndrome do anticorpo antifosfolípideo. Foi submetida a transplante renal com doador falecido com idade de 18 anos, causa mortis traumatismo crânio-encefálico, creatinina terminal de 0,8 mg/dl. PRA anti-classe II de 40% sem anticorpos anti-doador. Evoluiu com boa diurese nas primeiras 72 horas, quando apresentou dor e aumento de volume do enxerto à palpação, queda da diurese, hematúria macroscópica e edema do membro inferior homolateral ao enxerto. Doppler do enxerto renal com diástole reversa
O diagnóstico mais provável é:
- A) Trombose venosa do enxerto.
 - B) Hematoma perienxerto renal.
 - C) Necrose tubular aguda.
 - D) Rejeição acelerada.
15. Paciente do sexo feminino, 37 anos, doença renal crônica por nefropatia lúpica. Em preparo para transplante renal com doador vivo, irmão de 44 anos. Na avaliação imunológica pré-transplante, a paciente apresenta um PRA por Luminex de 25% contra classe II, sem anticorpos anti-doador. A prova cruzada por citotoxicidade foi positiva, mas após a técnica do ditiotretitol (DTT), revelou-se negativa, e a técnica da adição da antiglobulina ainda será realizada.
O que deve ser aconselhado a essa dupla?
- A) O transplante está contra-indicado, independente da realização de outros exames.
 - B) O transplante pode ser realizado, pois o anticorpo detectado é um anticorpo contra linfócito B.
 - C) O transplante pode ser liberado pois o anticorpo detectado deve ser um anticorpo anti-IgM.
 - D) O transplante só pode ser recomendado, após a realização da técnica da antiglobulina e se ela for positiva.
16. Paciente do sexo masculino, 55 anos, transplante renal há 3 anos, e no seguimento pós-transplante foi detectado neoplasia de colón, tendo sido submetido à colectomia esquerda. Na ocasião fazia uso do seguinte esquema imunossupressor: tacrolimus, micofenolato sódico e prednisona. Creatinina de 1,2 mg/dL e proteinúria de 500 mg/24 horas.
Em relação ao esquema imunossupressor, qual a modificação mais indicada, tendo em vista o diagnóstico recente de neoplasia?
- A) Converter para azatioprina e ciclosporina, manter prednisona.
 - B) Iniciar everolimo, minimizar tacrolimo, suspender micofenolato.
 - C) Iniciar sirolimo, suspender tacrolimo, minimizar micofenolato.
 - D) Suspender tacrolimo, minimizar micofenolato, manter prednisona.
17. Paciente do sexo masculino, 27 anos, submetido a transplante renal com doador falecido, com sorologia pré-transplante CMV IgG positiva para o receptor e o doador (D+/R+). Imunossupressão de indução com timoglobulina e manutenção com prednisona, tacrolimus e micofenolato mofetil. Não fez profilaxia para CMV com valganciclovir e foi decidido por terapia preemptiva.
Segundo as diretrizes para o manuseio de citomegalovírus em transplantes, no presente caso a frequência de monitorização da infecção por CMV através de PCR deve ser feita:
- A) A cada 7 dias, por 3 meses.
 - B) A cada 7 dias, por 6 meses.
 - C) A cada 15 dias, por 3 meses.
 - D) A cada 15 dias, por 6 meses.

18. Paciente 33 anos, masculino, submetido a transplante renal com doador falecido, 4 mismatches, PRA por Luminex reagente 52% anti-classe I, com anticorpo anti-doador anti A2 MFI de 1500. Evoluiu com função retardada do enxerto. Com 15 dias, como persistisse oligoanúrico, foi realizada biópsia renal com o seguinte resultado: 15 glomérulos, 2 artérias, necrose tubular aguda, infiltrado inflamatório intersticial linfoplasmocitário (i2) e tubulite (t2). Sem pericapilarite tubular de neutrófilos ou linfócitos. Artérias sem edema endotelial ou sinais inflamatórios. C4d: detecção < 10%. Repetido PRA por Luminex: Anti A2 com MFI 1300.
Qual o diagnóstico mais provável e qual o tratamento recomendado?
- A) Rejeição vascular; thymoglobulina.
 - B) Rejeição celular; metilprednisolona.
 - C) Rejeição humoral; plasmaferese e imunoglobulina.
 - D) Rejeição celular e humoral; metilprednisolona e rituximab.
19. Paciente do sexo feminino, 12 anos, submetida a transplante renal há 9 meses, passou a apresentar um quadro de disfunção do enxerto e febre intermitente, sendo feito um diagnóstico de doença linfoproliferativa pós-transplante (PTLD). Em relação à essa PTLT, o mais provável é:
- A) Ter origem nas células T.
 - B) Ser um linfoma de Hodgkin.
 - C) Estar associado com infecção por CMV ou EBV.
 - D) Poder melhorar com redução/suspensão da imunossupressão.
20. Paciente do sexo feminino, 35 anos, submetida a transplante renal há 2 anos. Apresentou início recente de proteinúria nefrótica. Biópsia renal revelou espessamento de alças capilares, com duplo contorno na coloração pela prata. Imunofluorescência com depósitos de IgM, IgG e C3 nas alças capilares e mesângio. C4d positivo nos capilares glomerulares e negativo no peritubulares.
O diagnóstico mais provável é:
- A) Glomerulopatia por C3.
 - B) Glomerulopatia membranosa.
 - C) Glomerulopatia do transplante.
 - D) Glomerulonefrite membranoproliferativa.
21. Paciente masculino, 40 anos, vítima de acidente de moto com traumatismo craniano, encontra-se com suspeita de morte encefálica (ME) na UTI do IJF.
Segundo a legislação brasileira, o que é recomendado no processo de avaliação e diagnóstico da ME?
- A) Abertura do protocolo de ME independente dos níveis pressóricos do paciente.
 - B) Ausência de reatividade infra-espinhal na realização dos testes clínicos da morte encefálica.
 - C) Duas avaliações clínicas realizadas por dois médicos diferentes com intervalo mínimo de 12 horas.
 - D) Ausência do uso de drogas depressoras do sistema nervoso central e de distúrbios metabólicos que possam levar ao coma.
22. Paciente do sexo feminino, 38 anos, nefropatia diabética, inscrita para transplante renal no Cadastro Técnico Único (CTU) do Sistema Nacional de Transplantes há 15 meses. Teve diagnóstico recente de tuberculose pleural e encontra-se no primeiro mês de tratamento.
Qual deve ser o *status* atual no cadastro dessa receptora, na CTU?
- A) Ativo.
 - B) Inativo.
 - C) Semiativo.
 - D) Removido.
23. Paciente do sexo masculino, 28 anos, em exames admissionais foi detectado ao sumário de urina: proteína++, hemácias 15/campo, além de creatinina = 1,6 mg/dL. Negava episódios prévios de hematúria macroscópica após infecções de vias aéreas ou cutâneas. Refere que sua mãe apresentava “sangue na urina” em exames de rotina, mas com função renal normal (sic). Tem um irmão mais velho acometido de doença renal crônica, em hemodiálise. O diagnóstico mais provável é:
- A) Nefropatia por IgA.
 - B) Síndrome de Alport.
 - C) Doença renal policística.
 - D) Doença da Membrana basal fina.

24. Paciente 65 anos, feminino, portadora de neoplasia de ovário, foi internada com quadro de náuseas, vômitos, fraqueza geral e desorientação, iniciado há 1 semana. Exames realizados na urgência: Creatinina: 1,4 mg/dL, Ureia: 100 mg/dL, Cálcio total: 12,5 mg/dL, Albumina: 2 g/dL.
O que deve ser prescrito para redução **mais rápida** do cálcio no caso acima, além da reposição de solução salina a 0,9%?
- A) Bifosfonatos.
 - B) Calcitonina.
 - C) Glicocorticoides.
 - D) Diuréticos de alça.
25. Paciente do sexo masculino, 78 anos, com quadro depressivo recente, em uso de citalopram. Há 2 dias passou a apresentar sonolência, confusão mental e apatia, sendo internado no Hospital São Mateus. Exames revelaram Glicose: 92 mg/dL; creatinina: 1,3 mg/dL, ureia: 50 mg/dL, Na⁺: 120 mEq/L e K⁺: 4,0 mEq/L. Sem edemas ao exame físico. Exame neurológico normal, exceto por alteração do sensório e tomografia de crânio normais.
Considerando o mais provável mecanismo responsável por esta hiponatremia, a conduta emergencial mais indicada é:
- A) Restrição de água livre, diurético de alça.
 - B) Restrição de água livre, suspensão do citalopram.
 - C) Solução salina hipertônica, suspensão do citalopram.
 - D) Aumento do consumo oral de sódio e proteínas, diurético de alça.
26. Paciente masculino, 23 anos, vítima de acidente de moto, deu entrada na emergência consciente porém com vários hematomas e com PA de 60/40mmHg. Realizada reposição volêmica efetiva com estabilização da pressão arterial e prescrito anti-inflamatório não hormonal (AINES) para dor. Ficou hemodinamicamente estável. Após 24 horas da hidratação, apresentou diurese de 150mL/dia. No segundo dia de internação apresentava creatinina: 5mg/dl, ureia: 280mg/dL, K⁺: 6,7mEq/L, Ca⁺⁺: 7,6 mg/dL, Fósforo: 8,7mg/dL, Ácido úrico: 10mg/dL e exame de urina com hematúria e traços de proteinúria.
O diagnóstico principal para o quadro apresentado seria:
- A) Necrose tubular aguda por AINES.
 - B) Nefrite intersticial aguda por AINES.
 - C) Lesão renal aguda por Rabdomiólise.
 - D) Necrose tubular aguda por depósito de ácido úrico.
27. Paciente de 66 anos, masculino, portador de *diabetes mellitus* e com doença cardiovascular importante, será submetido a realização de aortografia.
Qual o melhor exame para acompanhamento precoce da lesão renal aguda no caso descrito?
- A) NGAL - Lipocaína associada à gelatinase neutrofílica.
 - B) MCP-1- Peptídeo-1 quimiotático para monócitos.
 - C) Fração de excreção do sódio.
 - D) Cistatina C.
28. Paciente de 38 anos, masculino, portador de HIV há 3 anos, em uso de zidovudina, lamivudina e tenofovir. Há 15 dias fez uso de diclofenaco após episódio de faringite. Em consulta médica de retorno, foram realizados os exames: Hb: 10,3g/dl, Ht: 31,2%, leucócitos: 2.800/mm³ (linfócitos 400/mm³), plaquetas: 120.000/mm³, glicemia: 70mg/dl, ureia: 80mg/dl, creatinina: 2,5mg/dl, Na⁺: 135mEq/l, K⁺: 5,4mEq/l, carga viral do HIV: 12.000 cópias/mm³, contagem de linfócitos CD4: 180/mm³, exame de urina: pH 5,0, densidade 1005, Hb +, proteínas +, leucócitos +, hemácias 5/campo, leucócitos 10/campo, glicosúria, proteinúria de 24 horas: 1g.
Qual o diagnóstico da lesão renal mais provável?
- A) Nefropatia por IgA.
 - B) Necrose tubular aguda.
 - C) Nefrotoxicidade pelo tenofovir.
 - D) Glomeruloesclerose segmentar e focal.

29. Paciente de 68 anos, masculino, portador de hanseníase multibacilar, comparece ao ambulatório com exame mostrando proteinúria de 5g/dia e creatinina de 1,5mg/dL. Os demais exames sorológicos foram negativos. A biópsia renal revelou expansão segmentar da matriz mesangial e imunofluorescência inespecífica. Tomografia de alta resolução do tórax evidenciou bronquiectasias. Baseado na doença de base e na biópsia renal qual o diagnóstico mais provável?
- A) Amiloidose.
 - B) Glomerulonefrite fibrilar.
 - C) Nefropatia de cadeia leve.
 - D) Glomerulonefrite imunotactoide.
30. Mulher de 37 anos, diagnóstico de LES. Cerca de 10 dias após pulso de ciclofosfamida passou a referir cefaleia e há dois dias vem com confusão mental, sem vômitos ou diarreia. Internada com PA =130/80mmHg. Exames laboratoriais revelaram ureia de 80mg/dL, creatinina de 2,1mg/dL, sódio de 115mEq/L e potássio de 3mEq/L. Qual o principal diagnóstico?
- A) Insuficiência adrenal.
 - B) Desidratação hipotônica.
 - C) Nefrite intersticial perdedora de sal.
 - D) Secreção inapropriada do hormônio antidiurético.
31. Paciente do sexo feminino, 39 anos, internada com quadro de leishmaniose visceral (calazar) recém diagnosticado. Sobre as alterações renais no calazar podemos afirmar que:
- A) A nefrite intersticial é mais importante e mais frequente do que as alterações glomerulares.
 - B) A perda de função renal no calazar ocorre mais frequentemente devido à glomerulonefrite secundária à deposição de imunocomplexos.
 - C) O *déficit* de acidificação urinária é a alteração da função tubular mais comumente encontrada no calazar e é secundária ao uso da anfotericina B.
 - D) O aumento da produção de gamaglobulinas (hipergamaglobulinemia) tem papel patogênico no desenvolvimento da glomerulopatia no calazar.
32. Paciente de 22 anos, sexo masculino, história de febre e calafrios há uma semana. Chegou na emergência com quadro clínico de icterícia, mialgia, náuseas, vômitos e fenômenos hemorrágicos. Ao exame físico: PA = 100/60mmHg, desorientado, taquicárdico e dispnéico. Exames laboratoriais – creatinina: 3,7mg/dL, ureia:110mg/dL, K⁺: 3,4mEq/L, plaquetas: 60.000/mm³, TGO: 120UI/L e TGP: 170 UIL. Radiografia de tórax com infiltrado intersticial difuso. Diurese de 1200ml/dia. Qual conduta pode reduzir mortalidade, nesse contexto?
- A) Antibioticoterapia.
 - B) Diálise precoce e diária.
 - C) Pulsoterapia com corticoide.
 - D) Correção das alterações hemodinâmicas com sobrecarga hídrica.
33. Paciente do sexo feminino, 28 anos, foi internada para realizar biópsia renal devido proteinúria de 3,8g/dia. O diagnóstico foi de glomerulopatia membranosa. Como diferenciar uma glomerulonefrite membranosa lúpica da membranosa idiopática?
- A) Presença de espículas na impregnação pela prata.
 - B) Depósito eletrodense subepitelial na membrana basal.
 - C) Estruturas tubuloreticulares nas células endoteliais.
 - D) Padrão granular difuso de IgG and C3 ao longo da membrana basal.
34. Paciente do gênero feminino, 32 anos, peso 60 kg, com diagnóstico recente de litíase renal, após avaliação para quadro de dor lombar tipo cólica. O sumário de urina revelava: pH 8,0, densidade 1020, alguns cristais de ácido úrico, hemácias 20/campo sem dimorfismo eritrocitário, esterase leucocitária e nitrito negativos. Na avaliação metabólica, apresentava cálcio urinário: 290 mg/24hs, ácido úrico urinário: 800 mg/24horas, citratúria: 240 mg/24 horas e creatininúria: 1200 mg/24 horas. O tipo mais provável do cálculo urinário é:
- A) ácido úrico.
 - B) fosfato de cálcio.
 - C) oxalato de cálcio.
 - D) fosfato amoníaco-magnésiano.

35. Paciente do sexo feminino, 33 anos, acompanhada no ambulatório com história de hematúria recorrente, sem proteinúria e com taxa de filtração glomerular normal. Após 2 anos de acompanhamento, passou a apresentar proteinúria de 1,2g/dia, com pressão arterial de 130/85mmHg e creatinina de 0,9 mg/dL. Biópsia renal mostrou proliferação mesangial discreta com IGA fortemente presente. Qual seria a conduta mais adequada além do uso do inibidor do sistema renina-angiotensina (IECA), no caso descrito, para diminuir a progressão para doença renal crônica?
- A) Início de corticoide, com redução gradativa de sua dose ao longo de 1 ano.
 - B) Início imediato de corticoide e azatioprina, com redução gradativa do corticoide durante 6 meses.
 - C) Início de estatinas, corticoide e micofenolato mofetil, com redução gradativa do corticoide durante 6 meses.
 - D) Após o início do IECA, repetir os exames com 3 a 6 meses, e caso a proteinúria continue acima de 1g, iniciar corticoide.
36. Paciente jovem com síndrome nefrótica compareceu ao ambulatório com resultado da biópsia renal. A microscopia óptica mostrava 20 glomérulos com lesões escleróticas com acometimento de porções do tufo glomerular com oclusões de capilares glomerulares, aderência entre o tufo e a cápsula de Bowmann (sinéquias) e presença de depósito hialinos com áreas do glomérulo de aspecto normal, imunofluorescência com presença de IgM e C3. Foi iniciada terapia com corticoide 1mg/kg por 16 semanas. Após 6 meses compareceu ao ambulatório sem melhora da proteinúria nefrótica. Qual a próxima opção terapêutica, além do uso do corticoide e do inibidor de enzima de conversão?
- A) Inibidor da calcineurina.
 - B) Pulso de ciclofosfamida.
 - C) Micofenolato mofetil.
 - D) Rituximab.
37. Uma criança de 4 anos, sexo masculino, foi atendida com história de infecção urinária de repetição, tendo 4 episódios no último ano. O exame complementar mais indicado para avaliação de lesões parenquimatosas e cicatrizes renais seria a cintilografia renal com que marcador?
- A) MAG-3 (mercaproacetiltriglicina).
 - B) Creatinina 51-EDTA (ácido etilendiaminotetracético).
 - C) DMSA -mTC 99 (ácido dimercaptosuccínico marcado com tecnécio 99).
 - D) DTPA-mTC 99 (ácido dietileno-triaminopentacético marcado com tecnécio 99).
38. Paciente do gênero masculino, 42 anos, chega ao ambulatório com queixa de hematúria e história de infecção do trato urinário de repetição. Tinha urografia excretora que mostrava ureter esquerdo com áreas de estenoses alternando com áreas de dilatações (padrão em contas de gota) com formação de megaureter. Qual o diagnóstico mais provável?
- A) Malaclopaquia renal.
 - B) Tuberculose renal.
 - C) Fibrose retroperitoneal idiopática.
 - D) Estenose de junção uretero-pelvica.
39. Paciente do sexo masculino, 17 anos, com déficit importante de crescimento. Foi visto no ambulatório de pediatria e solicitado vários exames, com os seguintes resultados – ureia: 80mg/dL, creatinina: 1,4mg/dL, K⁺: 5,5mEq/L, bicarbonato: 12mEq/L, cálcio: 7,0mg/dL, pH urinário: 7,0. Diurese de 2000ml/dia. Qual o diagnóstico mais provável?
- A) Síndrome de Liddle.
 - B) Síndrome de Bartter.
 - C) Acidose tubular renal tipo I.
 - D) Acidose tubular renal tipo II.

40. Mulher, 28 anos, portadora de doença inflamatória intestinal com acometimento diagnosticado da porção terminal do íleo (Doença de Chron). Foi encaminhada ao ambulatório de nefrologia a partir de atendimento em Unidade de Pronto Atendimento com queixa de cólica nefrética. Trouxe uma radiografia de abdômen que evidencia a presença de imagem que corresponde a cálculo marcadamente radiopaco em topografia pélvica.
A nefrolitíase nesse caso, mais provavelmente, encontra-se associada a:
- A) Hipocitratúria.
 - B) Hiperossalúria.
 - C) Hiperocalciúria.
 - D) Hiperuricosúria.
41. Paciente do sexo feminino, 40 anos, com distúrbio bipolar em tratamento com carbonato de lítio, vai ao posto de saúde referindo poliúria e polidipsia, informa um volume urinário de aproximadamente 6 L/dia. Qual a melhor conduta nesse caso?
- A) Administração de DDAVP.
 - B) Iniciar hidroclorotiazida.
 - C) Elevar a ingestão hídrica para 7L/dia.
 - D) Tomografia computadorizada de crânio.
42. Paciente do sexo masculino, 65 anos, portador de *Diabetes mellitus* há mais de 20 anos e com má adesão ao esquema de tratamento com insulinoterapia. Fora encontrado caído no chão, tendo apresentado dois episódios de vômitos enquanto aguardava o serviço de atendimento de urgência. Admitido na emergência com rebaixamento de sensório. Exames laboratoriais evidenciavam: Glicemia-57: mg/dL; Creatinina: 2,5mg/dL; Ureia: 90mg/dL; Sódio: 145mEq/L; Potássio: 6,1mEq/L; Cloro: 100mEq/L; Gasometria: pH 7,09; HCO₃⁻ 12mmol/L; paCO₂ 40mmHg.
De acordo com o caso clínico, o paciente apresenta acidose metabólica com:
- A) ânion GAP normal como distúrbio simples.
 - B) ânion GAP aumentado como distúrbio simples.
 - C) ânion GAP normal associada à acidose respiratória.
 - D) ânion GAP aumentado associado a acidose respiratória.
43. Paciente de 26 anos, masculino, diabético tipo I, usuário de drogas ilícitas por via endovenosa. Foi visto no ambulatório com história de tosse e febre há 2 semanas. Ao exame físico, a pressão arterial estava elevada (160/100mmHg), taquicárdico e com edema facial. Hemoglobina: 13,2g/dL, Ureia:164mg/dL, Creatinina: 3,1mg/dL; Colesterol total: 190mg/dL; Albumina: 3,7g/dL; Sedimento urinário: hemácias > 100 /campo, com dismorfismo positivo e proteinúria de 600mg/dia; C3 e C4 baixos, VHS e PCR elevados. Trouxe tomografia de tórax que evidenciava abscesso pulmonar.
Qual o diagnóstico mais provável?
- A) Glomerulonefrite mesangial por IgA.
 - B) Glomerulonefrite proliferativa difusa lúpica.
 - C) Glomerulonefrite pós infecciosa por estafilococos.
 - D) Glomerulonefrite membranoproliferativa crioglobulinêmica.
44. Paciente múltipara, na 34^a semana de gravidez evoluiu com hipertensão arterial, proteinúria de 600mg/dia, plaquetopenia, aumento do LDH, discreta elevação de TGO e TGP, e queda da filtração glomerular. Foi internada na UTI com sangramento pulmonar e necessitando de tratamento dialítico.
Qual o diagnóstico mais provável?
- A) Síndrome HELLP.
 - B) Hepatite gordurosa aguda.
 - C) Síndrome hemolítico-urêmica.
 - D) Trombocitopenia da gravidez.

45. Paciente masculino, 28 anos, trazido ao serviço de urgência após ter sido encontrado desacordado. Encontrava-se em coma, com respiração profunda e muito acelerada. Exame físico sem outras alterações clinicamente significantes. Exames colhidos na admissão mostravam - Creatinina: 1,2 mg/dL; Ureia: 40mg/dL; Na⁺: 142 mEq/L; K⁺: 5,2mEq/L; Cloro: 101mEq/L; pH: 7,20; HCO₃⁻: 7 mEq/L; pCO₂: 19 mmHg; Osmolaridade medida: 311 mosm/kg e osmol GAP: > 10 mosm/kg.
Qual a alternativa que contém a melhor hipótese diagnóstica para o caso acima?
- A) Choque Séptico.
 - B) Cetoacidose diabética.
 - C) Intoxicação por metanol.
 - D) Intoxicação por ácido-acetil-salicílico.
46. Paciente 50 anos, masculino, foi vítima de acidente ofídico e chegou na emergência 2 horas após o evento.
Qual a principal conduta imediata para prevenção da lesão renal aguda?
- A) Uso de manitol.
 - B) Uso do soro anti-ofídico.
 - C) Hidratação com solução salina.
 - D) Hidratação com bicarbonato de sódio.
47. Paciente do sexo feminino, 15 anos, história de ITU de repetição desde 7 anos de idade. Há um mês apresentou quadro de pielonefrite aguda, sendo internada e realizado tratamento com ceftriaxona endovenosa durante 14 dias. Realizada ultrassonografia renal que mostrou dilatação pielocalicial bilateral, com resíduo pós-miccional normal.
Qual a melhor conduta para continuar a investigação diagnóstica?
- A) Estudo urodinâmico.
 - B) Urografia excretora.
 - C) Uretrocistografia miccional.
 - D) Tomografia computadorizada.
48. Paciente compareceu ao ambulatório de transplante hepático com diagnóstico de síndrome hépato-renal-tipo 2. Apresentava creatinina sérica de 1,5mg/dL, na ausência de outras causas potenciais de insuficiência renal. Fazem parte dos critérios maiores de síndrome hepatorenal:
- A) Sódio urinário inferior a 10 mEq/L.
 - B) Volume urinário menor que 500 mL/dia.
 - C) Osmolalidade urinária maior que a plasmática.
 - D) Proteinúria < 500 mg/dia, sem evidência de doença parenquimatosa renal ao ultrassom.
49. Paciente de 29 anos, diabético tipo 1, foi encaminhado ao nefrologista para investigação de proteinúria de 680mg/24h.
Qual o achado mais preditor de nefropatia diabética?
- A) Presença de retinopatia diabética.
 - B) Hemoglobina glicosilada acima de 10%.
 - C) Pressão arterial sistólica acima de 160mmHg.
 - D) Intervalo < cinco anos entre início do diabetes e detecção de proteinúria.
50. Paciente do sexo masculino, 78 anos, portador de mieloma múltiplo. Após uso de furosemda por uma semana, evoluiu com diminuição do volume urinário, Ureia 120mg/dL, Creatinina 2,8mg/dL, Bicarbonato plasmático 16mEq/L e Exame de urina com pH 6,0, hematúria e proteinúria discreta.
Qual a forma mais comum do acometimento renal referente ao paciente acima?
- A) Depósito de imunoglobulina Amiloidose (AL).
 - B) Doença de depósito de imunoglobulinas (DDIM).
 - C) Disfunção tubular síndrome de Fanconi adquirida.
 - D) Excreção de cadeias leves - nefropatia dos cilindros.