



SURCE

SELEÇÃO UNIFICADA PARA RESIDÊNCIA
MÉDICA DO ESTADO DO CEARÁ

Edital Nº 03/2015

RESIDÊNCIA MÉDICA 2016

CADERNO DE QUESTÕES

DATA: 1º DE NOVEMBRO DE 2015.

PROGRAMAS COM ANOS ADICIONAIS: 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 20 (vinte) 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 **2 (duas) horas** e o tempo mínimo de permanência em sala de prova é de **1 (uma) hora**.
06. É terminantemente proibida a cópia do gabarito.
07. O gabarito individual do participante será disponibilizado em sua área privativa na data prevista no Anexo III, conforme no subitem 8.3.18 do Edital.
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 e após a assinatura da Ata de Aplicação.

Boa prova!

Inscrição

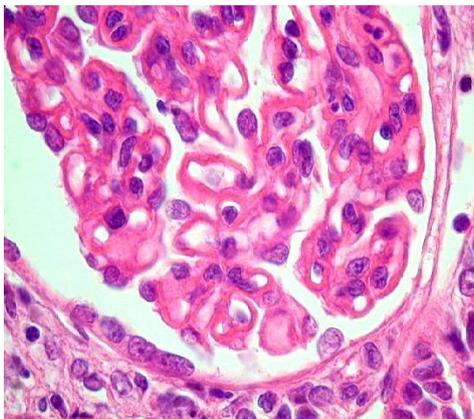
Sala

Seleção Residência Médica 2016

- 01.** Uma jovem de 17 anos foi atendida no consultório médico com história de infecção urinária de repetição, tendo apresentado 4 episódios no último ano. Informa ter diagnóstico de refluxo urinário desde a infância. O exame complementar mais indicado para avaliação das lesões cicatriciais renais é:
- A) Cintilografia renal com DMSA-99mTc.
 - B) Renogramal com DTPA-99mTc.
 - C) Uretrocistografia miccional.
 - D) Ultrassonografia renal.
- 02.** Paciente masculino, de 60 anos, diabético tipo II há 20 anos e usuário de droga por via endovenosa, há cerca de 2 semanas apresentou febre que persistiu por toda internação. Ao exame físico na emergência, a pressão arterial estava elevada (160/100mmHg), taquicárdico e edema facial. Hemoglobina 11,2g/dL, Uréia 184mg/dL, Creatinina 2,1mg/dL; Colesterol total 190mg/dL; Albumina 3,8g/dL; Sedimento urinário com mais de 100 hemácias por campo, dismorfismo positivo e proteinúria de 800mg/dia, C3 e C4 baixos, FAN positivo, anti-DNA negativo, sorologia para hepatite C negativa, VHS e PCR elevados. TC evidenciou abscesso pulmonar. Qual a glomerulopatia mais provável?
- A) Proliferativa difusa lúpica.
 - B) Pós-infecciosa por estafilococos.
 - C) Membranoproliferativa crioglobulinêmica.
 - D) Membranoproliferativa por doença do depósito denso.
- 03.** Paciente de 24 anos, masculino, deu entrada na emergência com quadro de febre de início há aproximadamente 8 dias, associado a cefaleia, artralgias, calafrios, dor abdominal e mialgia. Chegou com pressão arterial de 110/60mmHg. Há 2 dias, refere icterícia e volume urinário normal. Os exames da admissão mostraram Ht33%, Hb 10,6g/dl, leucócitos 16.400/mm³, plaquetas 45.000/mm³, Ur130mg/dl, Cr 1,8mg/dl, Na 136mEq/l, K 3,5mEq/l, amilase 300UI/L, AST 156UI/l, ALT 170UI/l, bilirrubina direta 8mg/dL. Exame de urina evidenciou hematúria 20 por campo, proteinúria +/4 e proteinúria de 24 horas 600mg. Qual o diagnóstico histológico inicial mais provável?
- A) Necrose tubular aguda por rabdomiólise.
 - B) Necrose tubular aguda isquêmica.
 - C) Glomerulonefrite pós infecciosa.
 - D) Nefrite intersticial aguda.
- 04.** Paciente de 68 anos, diabética, com doença renal crônica em diálise peritoneal contínua há 3 anos, em consulta de rotina, queixava-se continuamente de dor óssea difusa, progressiva e os exames complementares evidenciavam calcificações vasculares, cálcio 12 mg/dL e PTH 50 pg/mL. A doença mineral óssea mais provável é:
- A) osteíte fibrosa.
 - B) doença adinâmica.
 - C) osteodistrofia urêmica mista.
 - D) osteomalacia por intoxicação por alumínio.

05. Paciente masculino, 21 anos, relata que há 2 semanas apresentou urina avermelhada logo após um quadro de infecção respiratória, que cedeu espontaneamente após 2 dias. Na avaliação, foi detectado proteinúria e hematúria microscópica, com cilindros hemáticos, além de creatinina 1,4 mg/dl e pressão arterial 130/90 mmHg. Refere que sua mãe apresenta “sangue na urina” em exames de rotina, com função renal normal e um irmão mais velho encontra-se em tratamento hemodialítico. O diagnóstico mais provável é:
- A) Síndrome de Alport.
 - B) Nefropatia por IgA.
 - C) Doença renal policística.
 - D) Doença da membrana basal fina.
06. Paciente feminino, 53 anos, transplante renal há 12 meses. Apresenta HAS em uso de três anti-hipertensivos, com controle inadequado. Vem evoluindo com poliglobulia (Hb = 17,5 g/dl e Hct = 55%) e com edema de membros inferiores. Proteinúria de 24 horas de 250 mg e creatinina de 1,5 mg/dl. Qual o exame mais indicado para esclarecimento diagnóstico?
- A) Mielograma.
 - B) Biópsia renal.
 - C) Dosagem de eritropoietina.
 - D) Ecodoppler do enxerto renal.
07. Paciente masculino, 32 anos, internado em unidade de terapia intensiva com quadro de traumatismo crânio-encefálico, tendo evoluído para morte encefálica (ME) e em avaliação para doação de órgãos. O que pode ser recomendado para ajudar na estabilidade hemodinâmica e manutenção desse doador?
- A) Monitorar glicemia a cada 6 horas e iniciar infusão de insulina por protocolo se glicemia acima de 130 mg/dL.
 - B) Transfundir doador hemodinamicamente estável e com adequada perfusão tecidual se Hb inferior a 10g/dL.
 - C) Administrar DDAVP preferencialmente por via endovenosa para manter diurese menor do que 4 ml/kg/hora.
 - D) Manter sódio sérico entre 130-140 mEq/L e corrigir hipernatremia com soro glicosado, água livre ou ringer lactato.
08. Paciente masculino, 38 anos, trazido ao serviço de urgência após ter sido encontrado desacordado por um colega de trabalho. O paciente encontrava-se em coma, hipotenso e com hiperventilação. Exames colhidos na admissão revelavam creatinina 1,8 mg/dl; ureia 80mg/dl; Na⁺ 142 mEq/l; K⁺ 5,2mEq/l; Cl 101mEq/L; pH 7,19; bicarbonato de sódio de 7 mEq/l; pCO₂ 19 mmHg; Osmolaridade medida 314 mosm/kg e osmol GAP 10 mosm/kg. De acordo com o quadro clínico, qual a melhor conduta a ser realizada de imediato após intubação e estabilização hemodinâmica do paciente?
- A) Hemodiálise.
 - B) Carvão ativado.
 - C) Lavagem gástrica.
 - D) Etanol endovenoso.
09. Paciente masculino, 40 anos, portador de desordem bipolar tratada com carbonato de lítio há 2 anos. Evoluiu recentemente com poliúria, osmolaridade urinária 272 mosmol/kg, creatinina sérica 1,2 mg/dl e cálcio sérico 9,5 mg/dl. Considerando a principal hipótese diagnóstica para essa desordem, qual o tratamento indicado?
- A) Amilorida.
 - B) Desmopressina.
 - C) Carbamazepina.
 - D) Hidroclorotiazida.

10. Paciente feminino, 25 anos, procura assistência médica com quadro de palidez, edema, dores articulares de punho e joelhos e cotovelos. Ao exame: PA: 140/190 mmHg e anasarca. Exames laboratoriais: Hematócrito 29%, Plaquetas 87.000 mm³, Creatinina 0,9 mg/dL, Sumário de urina com proteína (4+), C3 e C4 normais, FAN 1/600 padrão nuclear homogêneo e anti-DNA negativo. A lesão renal mais provável pertence à classe:
- A) II – mesangial.
 - B) III – proliferativa focal e segmentar.
 - C) IV – proliferativa difusa.
 - D) V – membranosa.
11. Homem, 45 anos, portador de doença renal crônica, com indicação de iniciar tratamento dialítico. Os exames laboratoriais evidenciam uma anemia normocrômica normocítica com Hb de 10,6 g/dL, índice de saturação de transferrina de 14 % e Ferritina de 90 ng/mL. Segundo as diretrizes do “KDIGO” (Kidney Disease Improving Global Outcomes), a terapia inicial recomendada para essa anemia é:
- A) Iniciar eritropoietina, reavaliar após um mês.
 - B) Iniciar a reposição de ferro, reavaliar após um mês.
 - C) Iniciar eritropoietina e ferro, reavaliar após um mês.
 - D) Expectante, nível de hemoglobina dentro do recomendado.
12. Paciente masculino, 50 anos, procura o ambulatório de nefrologia para avaliação de proteinúria. Faz tratamento para artrite reumatoide há 8 anos, tendo feito uso de aspirina por longo tempo e há seis meses vem em uso de sais de ouro, uma vez por semana. O sumário de urina evidencia proteína 4+, hemoglobina +. Proteinúria de 24h: 6,5g. Uma biópsia renal é realizada (Figura 1).



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 1)

- Qual a glomerulopatia mais provável?
- A) Amiloidose.
 - B) Lesão mínima.
 - C) Membranosa.
 - D) Membranoproliferativa tipo I.
13. Homem de 68 anos, portador de hiperplasia prostática benigna, esteve internado na emergência do HGF com quadro obstrutivo há uma semana. Passado sonda vesical de demora (SVD) e dado alta com encaminhamento ao ambulatório de urologia para agendar ressecção transuretral da próstata (RTU). Após 15 dias, chegou ao ambulatório de urologia assintomático trazendo exames: Eletrólitos, função renal e hemograma normais. Sumário de urina: Densidade: 1,020; ph 5; prot. +; cetona -; hemoglobina +; leucócitos numerosos; hemácias 5/campo; flora bacteriana +++; nitrito negativo. Urocultura positiva. Qual a melhor abordagem terapêutica?
- A) Retirar SVD, fazer antibioticoterapia.
 - B) Trocar SVD, fazer antibioticoterapia.
 - C) Manter SVD, fazer antibioticoterapia próximo ao procedimento cirúrgico.
 - D) Retirar SVD, fazer profilaxia para infecção urinária até realização da RTU.

14. Paciente feminino, 29 anos, submetida a transplante renal com doador falecido, 4 incompatibilidades HLA, anticorpos reativos contra painel (PRA) zero por cento para classe I e II. Imunossupressão inicial com basiliximab, tacrolimus e micofenolato mofetil. Recebeu alta hospitalar no décimo pós-operatório com creatinina de 1,0 mg/dL. Na consulta ambulatorial seguinte, creatinina 1,8mg/dl e dosagem de tacrolimus de 4ng/ml. Ultrassom do enxerto renal sem hidronefrose ou coleções peri-enxerto. Uma biópsia renal foi realizada, com 15 glomérulos e 3 artérias, revelando infiltrado inflamatório intersticial linfomononuclear (i3), tubulite (t3), sem sinais de vasculite (v0) e sem hialinose arteriolar (ah0). Imunohistoquímica para C4d negativo. Segundo os critérios de Banff, como está classificada essa rejeição aguda?
- A) IA
 - B) IB
 - C) IIA
 - D) IIB
15. Paciente masculino, 60 anos, diabético e coronariopata, transplantado renal há 3 anos. Vinha em uso crônico de tacrolimus, micofenolato mofetil e diltiazem. Foi internado com quadro de pneumonite a esclarecer, sendo iniciado empiricamente tratamento para tuberculose pulmonar (esquema RIPE), germes atípicos (claritromicina) e fungos (fluconazol). Considerando as interações entre os fármacos utilizados, qual está associado com a redução dos níveis de tacrolimus?
- A) Diltiazem.
 - B) Fluconazol.
 - C) Rifampicina.
 - D) Claritromicina.
16. Paciente feminina, 26 anos, referiu que começou a eliminar cálculos renais aos 20 anos. Tinha de antecedentes familiares bisavó materna, avô e dois tios com história de litíase urinária e alguns com história de doença renal crônica. História de eliminação de mais de 15 cálculos renais. No momento, com exame físico normal, peso adequado para altura. Trouxe alguns exames laboratoriais que revelaram presença de cristais hexagonais no sedimento urinário com teste de nitroprussiato de sódio positivo. Ultrassonografia do aparelho urinário e Raios X de abdome evidenciaram vários cálculos renais bilateralmente. Qual a etiologia mais provável do cálculo renal?
- A) Cistina.
 - B) Ácido úrico.
 - C) Oxalato de cálcio.
 - D) Fosfato amoníaco magnésiano.
17. Paciente masculino, 68 anos, diabético de longa data em uso de hipoglicemiante oral e hipertenso de longa data controlado com anlodipina. Em avaliação anual com seu clínico, realizou os seguintes exames: Glicemia 142 mg/dL, Hb 10,5 g/dL, Creatinina 1,9 mg/dL, Ácido úrico 10 mg/dL, Sumário de urina com pH = 5.5, densidade 1020, proteína negativa, hemáceas raras/campo e Proteinúria de 1,6g/24 horas. Qual a principal hipótese diagnóstica para a doença renal do paciente?
- A) Nefropatia diabética.
 - B) Doença renal hipertensiva.
 - C) Nefropatia tubulointersticial crônica por ácido úrico.
 - D) Doença renal por depósito de imunoglobulina monoclonal.

18. Paciente de 15 anos, masculino, deu entrada na emergência com história de diarreia e vômitos. Tem história de cálculo renal. Ao exame físico, pressão arterial de 100/65mmHg, FC 115bpm, T 38°C. Ao exame: corado, taquipneico, desidratado++/4, acianótico, anictérico, pulmões livres, bulhas rítmicas normofonéticas, taquicárdico, abdome plano, ruídos hidroaéreos aumentados, doloroso difusamente à palpação profunda, sem visceromegalias. Exames laboratoriais Hb 14g/dL, Ht 44%, leucócitos 10.600/mm³, plaquetas 210.000/mm³, creatinina 1,6 mg/dL, sódio sérico 132 mEq/L, potássio sérico 5,7mEq/L, Cloro 110mEq/L, pH 7,2 HCO₃ 15mEq/L, pCO₂ 28mmHg, sódio urinário 25mEq/L, cloro urinário 18mEq/L e potássio urinário 20mEq/L. Qual o distúrbio ácido básico que o paciente apresenta?
- A) Acidose láctica.
 - B) Acidose tubular renal.
 - C) Cetoacidose diabética.
 - D) Acidose metabólica por acúmulo de ácidos orgânicos.
19. Paciente masculino, 40 anos, peso 80 kg, em hemodiálise há 2 anos. Acesso vascular: Fístula arteriovenosa (FAV). Dialisa 4 horas, 3 vezes por semana, com capilar de polissulfona de alto fluxo. Fluxo sanguíneo de 450 ml/min, Fluxo dialisado 500 ml/min. Ganho ponderal interdialítico de 2 kg. Na avaliação dos últimos 3 meses, vem apresentando $ktv = 1,0$. Qual a causa mais provável da diálise inadequada nesse paciente?
- A) Massa corporal aumentada.
 - B) Volume de ultrafiltração excessivo.
 - C) Recirculação do acesso vascular.
 - D) Calibração inadequada da máquina de diálise.
20. Paciente de 62 anos, masculino, tabagista, hipertenso, diabético e com doença coronariana. Ao passar em consulta com o gastroenterologista foi solicitado ressonância magnética com gadolínio para esclarecimento diagnóstico de massa hepática. Foi internado para realizar o exame e no mesmo dia foi solicitado o parecer do nefrologista. Os exames de função renal chegaram após a realização do gadolínio. A última dosagem de creatinina era de 4,8mg/dL (peso: 64Kg). Qual a melhor abordagem para esse paciente?
- A) Glicocorticoide e ciclofosfamida.
 - B) Glicocorticoide e plasmaférese em dias alternados.
 - C) Diálise peritoneal na primeira hora, mantendo por 24 a 48 horas.
 - D) Hemodiálise nas primeiras horas pós-exame, repetindo com 24 e 48 horas.