

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL  
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RM/SES-DF/2017, DE 17 DE OUTUBRO DE 2016.

PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA  
DESENVOLVIDOS EM HOSPITAIS, ATENÇÃO PRIMÁRIA E DEMAIS CENÁRIOS DE PRÁTICA DA  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

**PROGRAMA – GRUPO 009**

Transplante Renal (626)

*Data e horário da prova: Domingo, 27/11/2016, às 14h*

## INSTRUÇÕES

- Você receberá do fiscal:
  - um caderno da prova objetiva contendo 120 (cento e vinte) itens; e,
  - um cartão de respostas ótico personalizado.
- Verifique se a numeração dos itens, a paginação do caderno da prova objetiva e a codificação do cartão de respostas ótico estão corretas.
- Verifique se o programa selecionado por você está explicitamente indicado nesta capa.
- Quando autorizado pelo fiscal do IADES, no momento da identificação, escreva no espaço apropriado do cartão de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

*Amigos distantes, abrace-os.*

- Você dispõe de 3 (três) horas e 30 (trinta) minutos para fazer a prova objetiva, devendo controlar o tempo, pois não haverá prorrogação desse prazo. Esse tempo inclui a marcação do cartão de respostas ótico.
- Somente após decorrida 1 (uma) hora do início da prova, você poderá entregar seu cartão de respostas ótico e o caderno de provas e retirar-se da sala.
- Somente será permitido levar o caderno de questões da prova objetiva após 3 (três) horas do início da prova.
- Deixe sobre a carteira apenas o documento de identidade e a caneta esferográfica de tinta preta, fabricada de material transparente.
- Não é permitida a utilização de qualquer aparelho eletrônico de comunicação.
- Não é permitida a consulta a livros, dicionários, apontamentos e apostilas.
- Você somente poderá sair e retornar à sala de aplicação de provas na companhia de um fiscal do IADES.
- Não será permitida a utilização de lápis em nenhuma etapa da prova.

## INSTRUÇÕES PARA A PROVA OBJETIVA

- Verifique se os seus dados estão corretos no cartão de respostas da prova objetiva. Caso haja algum dado incorreto, escreva apenas no(s) campo(s) a ser(em) corrigido(s), conforme instruções no cartão de respostas.
- Leia atentamente cada item e assinale, no cartão de respostas ótico.
- O cartão de respostas ótico não pode ser dobrado, amassado, rasurado ou manchado e nem pode conter nenhum registro fora dos locais destinados às respostas.
- O candidato deverá transcrever, com caneta esferográfica de tinta preta, as respostas da prova objetiva para o cartão de respostas, para a respectiva folha de resposta.
- A maneira correta de assinalar a alternativa no cartão de respostas é cobrir, fortemente, com caneta esferográfica de tinta preta, o espaço a ela correspondente.
- Marque as respostas assim: ●

**Tipo “U”**

Realização

**iades**  
Instituto Americano de Desenvolvimento

## NEFROLOGIA

### Itens de 1 a 120

Determinada paciente de 20 anos de idade é admitida em pronto-atendimento com quadro de tosse secretiva e febre há dois dias. Há 24 horas vem apresentando dor abdominal e taquidispneia; é portadora de diabetes *mellitus* tipo 1, mas, como o apetite estava reduzido, há um dia não faz uso de insulina. Apresenta-se com PA de 90 mmHg x 60 mmHg, FC = 96 bpm, desidratada (+2/+4) e FR = 26 imp. Exames de entrada mostram: glicemia capilar de 400 mg/dL, hemoglobina = 11,8 g/dL, leucócitos = 13.500/mm<sup>3</sup> com 7% de bastões. Gasometria arterial apresenta os seguintes valores: pH = 7,25, pCO<sub>2</sub> = 20, pO<sub>2</sub> = 92, bicarbonato 12, com Sat O<sub>2</sub> = 92% em ar ambiente, Na 142 mEq/L e Cl = 101 mEq/L.

Com base no caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

1. O distúrbio do equilíbrio ácido-básico da paciente é misto não compensado. Acidemia com acidose metabólica primária, alcalose respiratória primária.
2. O distúrbio do equilíbrio ácido-básico da paciente é misto não compensado. Acidemia com acidose metabólica primária, alcalose respiratória secundária.
3. O distúrbio do equilíbrio ácido-básico da paciente é simples não compensado. Acidose metabólica primária, alcalose respiratória secundária.
4. São causas de acidose metabólica: acidose lática, diarreia, uso de acetazolamida, intoxicação por metanol e síndrome de Bartter.
5. É correto afirmar que o distúrbio ácido-básico do caso clínico cursa com ânion gap (AG) aumentado.
6. É correto afirmar que as possíveis etiologias dos distúrbios ácido-básico, no caso em questão, sejam atribuídas à cetoacidose diabética e ao distúrbio respiratório de causa infecciosa.
7. Há indicação do uso de bicarbonato IV como forma de correção da acidose metabólica, no caso em questão.

Paciente, sexo masculino, de 45 anos de idade, tabagista, 60 kg, em uso de paroxetina, foi admitido no pronto-atendimento com quadro de tosse seca e hemoptoicos há 15 dias. Apresentava-se sem sinais de hipervolemia, com Glasgow 15 e Na<sup>+</sup> = 127 mEq/L. Durante internação, ficou em uso de SG 5%, evoluindo no dia subsequente com náuseas, cefaleia, confusão mental e queda de Na<sup>+</sup> = 117 mEq/L.

Com base no caso apresentado, julgue os itens a seguir.

8. Trata-se de um quadro de distúrbio do sódio do tipo hiponatremia hipovolêmica.
9. A maior parte dos pacientes hiponatremicos com Na<sup>+</sup> > 120 mEq/L são assintomáticos.
10. A principal causa do distúrbio de sódio em questão está associada à secreção inapropriada de hormônio antidiurético – HAD (SIHAD) por uso de inibidor de recaptção de serotonina e (ou) carcinoma pulmonar.
11. Os sintomas de hiponatremia aguda são os seguintes: náuseas, vômitos, convulsão e aumento dos reflexos tendinosos profundos.
12. Os sinais e (ou) sintomas clínicos são decorrentes de desidratação das células neuronais.

13. A SIHAD tem as seguintes características: hiponatremia, hipotonicidade, urina inapropriadamente concentrada, sódio urinário elevado e hipouricemia.
14. A SIHAD e a síndrome cerebral perdedora de sal (SCPS) cursam com aumento plasmático de HAD, porém diferenciam-se pois, na SIHAD, o HAD é liberado mediante depleção de volume enquanto na SCPS o aumento do HAD é o evento primário.
15. O tratamento em questão deve ser feito de maneira mais rápida, porém com cautela, para se evitar o risco de mielinolise pontina, com solução salina hipertônica a 3% em 3-4 horas, não devendo ultrapassar 12 mEq / 24 horas.

Uma paciente de 46 anos de idade, diabética, hipertensa, HIV positiva sem tratamento, faz uso de insulina, metformina, enalapril e clortalidona e vem apresentando quadro arrastado de febre, cefaleia e vômitos com piora há dois dias. Em internação, foi realizado diagnóstico de neurocriptococose. Foi então iniciado anfotericina B intravenoso. Nos exames realizados, apresentava creatinina = 1,6 mg/dL, ureia = 140 mg/dL, Na<sup>+</sup> = 135 mEq/L, K<sup>+</sup> = 2,5 mEq/L, ph = 7,50, Bic de Na<sup>+</sup> = 27, pCO<sub>2</sub> = 40, Sat O<sub>2</sub> = 92% em ar ambiente.

Considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

16. Cinco fatores do caso clínico podem justificar a hipocalemia da paciente.
17. Acidose metabólica geralmente acarreta hipocalemia.
18. Vômitos, diarreia, enalapril e diuréticos tiazídicos são causas de hipocalemia.
19. Situações como uso de aminoglicosídeos, anfotericina B, hepatopatas crônicas e leptospirose podem cursar com IRA hipocalêmica.
20. Diuréticos tiazídicos podem ser provocar hipernatremia, hipocalemia, hipercalcemia e hiperglicemia.
21. Nos casos de hipercalcemia, os únicos tratamentos que cursam com remoção de K<sup>+</sup> corporal são hemodiálise ou diálise peritoneal.

Paciente de 40 anos de idade, sexo masculino, em acompanhamento no ambulatório de nefrologia há três anos por quadro de doença renal crônica (DRC). É portador de hipertensão arterial sistêmica de difícil controle e quadro de litíase renal, com abuso prévio de anti-inflamatórios não esteroidais por osteoartrose em joelhos. Em consulta de rotina, traz os seguintes exames: hemoglobina = 11 g/dL, creatinina = 3,3 mg/dL, ureia = 78 mg/dL, fósforo = 5,6 mg/dL (VR 2,5-4,5 mg/dL), PTH intacto = 360 pg/mL (VR 150-300 pg/mL) e Ca sérico de 9,2 mg/dL (VR 8,5-10,2 mg/dL).

Com base na hipótese clínica e considerando o distúrbio mineral e ósseo na doença renal crônica, julgue os itens a seguir.

22. O hiperparatireoidismo terciário é uma complicação frequente em pacientes com DRC.
23. Os níveis séricos de PTHi, cálcio e fósforo devem ser analisados em todos os pacientes com DRC.

24. Em relação à fisiopatologia calcificação vascular na DMO-DRC, é correto afirmar que pode ocorrer de duas formas: aterosclerose, que ocorre na camada média da artéria, e a arteriosclerose, que compromete a camada íntima da artéria, sendo esta o padrão mais comum na DRC.
25. As alterações ósseas decorrentes do excesso de PTH podem estar presentes já no estágio III da DRC.
26. O fator de crescimento de fibroblástico (FGF-23), produzido pelos osteócitos, estimula produção de PTH e promove aumento de fosfatúria.
27. O PTH atua em nível renal, promovendo aumento de excreção de cálcio e reabsorção de fósforo.
28. O FGF-23 atua na redução de produção de vitamina D por inibir produção de  $1\alpha$  hidroxilase.
29. No caso clínico em questão, já seria indicado o início de quelante de fósforo.

No ambulatório de nefrologia, o residente atendeu uma paciente de 60 anos de idade, 52 Kg, que foi encaminhada pelo clínico em razão de uma alteração do  $Ca^{++} = 13,6$  mg/dL e creatinina = 1,5 mg/dL. A paciente queixava-se de constipação intestinal, cefaleia, fadiga; apresenta histórico de nefrolitíase e faz uso de uma vitamina para tratamento de osteoporose.

Com base no caso clínico apresentado e conhecimentos de medicina correlatos, julgue os itens a seguir.

30. A distribuição do cálcio corporal está presente principalmente no osso, perfazendo uma porcentagem superior a 99%.
31. A reabsorção do cálcio filtrado ocorre de forma ativa (transcelular) no túbulo contorcido proximal, e de forma passiva (paracelular) no túbulo contorcido distal e no túbulo coletor.
32. O uso de diurético tiazídico (como a hidroclorotiazida) aumenta a excreção de cálcio, enquanto o uso de diurético de alça aumenta a reabsorção de cálcio.
33. Algumas das etiologias que podem provocar hipercalcemia são: hiperparatireoidismo primário, mieloma múltiplo, doenças granulomatosas e intoxicação por vitamina C.
34. Se o diagnóstico da paciente for de intoxicação por vitamina D, haverá os seguintes achados laboratoriais: PTH baixo e fósforo alto.
35. Mais de 90% das causas de hipercalcemia estão associadas ao hiperparatireoidismo primário e à hipercalcemia hipocalciúrica familiar.
36. A hipercalcemia que pode ocorrer no câncer de mama e pulmão decorre principalmente do aumento de produção da  $1,25O$  Hvit D3.
37. A hipercalcemia provocada por tumores ocorre em 80% por atividade osteolítica local.
38. A paciente deve iniciar tratamento imediato com reposição volêmica com solução salina e bisfosfonado, com preferência para o ácido zoledrônico, e avaliação de causa etiológica.

Paciente de 69 anos de idade, portadora de diabetes e hipertensão há 15 anos, faz uso regular de enalapril, glibenclamida, metformina e furosemida. Foi admitida para internação hospitalar em razão de quadro de precordialgia há

um dia. Sua creatinina inicial era de 2,0 mg/dL. No dia da internação, houve piora da precordialgia, e a paciente necessitou ser submetida a cateterismo com *stent*. No terceiro dia de internação, foi solicitada nova creatinina, que apresentava valor de 2,6 mg/dL.

Com base nas informações apresentadas e conhecimentos de medicina correlatos, julgue os itens a seguir.

39. No caso clínico em questão, é correto considerar o diagnóstico de lesão renal aguda induzida por contraste, que é determinado pelo aumento do nível de creatinina sérica  $\geq 0,5$  mg acima da creatinina basal dentro de 24 a 72 horas após o recebimento de contraste, excluindo-se as demais causas de lesão renal aguda.
40. A nefropatia por contraste é um tipo geralmente reversível de lesão renal aguda, sendo sua forma mais comum a oligúrica.
41. O risco de nefropatia por contraste é muito pequeno entre os pacientes com função renal normal, mesmo entre pacientes diabéticos.
42. Entre os fatores de risco para desenvolvimento de nefropatia por contraste, incluem-se: doença renal crônica, insuficiência cardíaca avançada e mieloma múltiplo.
43. Nefropatia por contraste é muito provavelmente devido à necrose tubular aguda (NTA) relacionada à vasodilatação e aos efeitos citotóxicos de contraste, possivelmente com contribuições de fatores pré-renal ou obstrução intratubular.
44. Entre as alterações clássicas presentes no exame de urina do paciente com nefropatia por contraste, encontram-se: cilindros granulares, células epiteliais e leucócitos.
45. No caso da referida paciente, para redução do risco de nefropatia por contraste, deveriam ter sido utilizados os seguintes recursos: suspensão do diurético, escolha de contraste de baixa osmolaridade, não iônico, utilização de bicarbonato isotônico 3 mL/kg uma hora antes do procedimento e 1 ml/kg/hora durante seis horas após o procedimento.
46. O uso de N-Acetilcisteína é bem consolidado como elemento de nefroproteção contra contraste iodado e deve ser administrado na dose de 600 mg VO 12/12 horas no dia anterior e no dia do procedimento.

Paciente, sexo masculino, 32 anos de idade, peso de 50 Kg, encontra-se internado, após acidente motociclístico, com fratura não exposta de tíbia e não apresenta comorbidades prévias. Pela prescrição da ortopedia, o paciente estava em uso de tenoxicam e cefazolina. A creatinina de entrada era de 0,9 mg/dL. Após 72 horas de internação, o paciente apresentou *rash* cutâneo, com diurese 24 horas de 1.200 mL, níveis pressóricos normais e nova creatinina que evidenciava valor de 1,9 mg/dL.

Com base no caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

47. O uso de anti-inflamatório não esteroideal (AINE) pode gerar lesão renal aguda (LRA) de etiologia pré-renal e renal.

48. De acordo com a classificação de AKIN, o paciente se enquadraria no estágio 1, ou seja, “de risco”.
49. A causa mais comum de LRA renal é a nefrite intersticial aguda (NIA).
50. Eosinofilúria (definida pela presença de eosinófilos, que respondem >1% dos leucócitos urinários) é útil para distinguir NIA de outras causas de LRA como a NTA.
51. Estão presentes no sedimento urinário da NIA: leucocitúria estéril, hematúria microscópica, eosinofilúria, cilindros leucocitários e granulosos não pigmentados.
52. Os anti-inflamatórios não esteroidais não cursam com proteinúria nefrótica.
53. Em caso de suspensão do tenoxicam e cefazolina, no caso clínico em questão, e não melhora da função renal em torno de cinco dias, excluindo-se novos fatores de injúria, estaria indicada a biópsia renal.
54. O uso de antibióticos é a causa mais comum de NIA.

Paciente, 42 anos de idade, sexo masculino, sem comorbidades prévias, encontra-se na unidade de terapia intensiva após sofrer queda de andaime de seis metros de altura, com diagnóstico de politrauma há seis horas. Apresenta-se desidratado e com membro inferior direito bastante edemaceado. Dezoito horas após a internação, começou a apresentar urina avermelhada, diurese 12 horas de 230 mL, CPK 16.000 U/L, exame de urina com pH urinário = 6,4 e hemoglobina presente, creatinina = 4,5 mg/dL, ureia = 140 mg/dL, K<sup>+</sup> = 7,0 mEq/L e ECG demonstrando apiculação de onda T.

Com base na situação apresentada, julgue os itens a seguir.

55. Trata-se de uma LRA por rabdomiólise por possível síndrome compartimental aguda.
56. Os mecanismos envolvidos na patogênese da rabdomiólise – como o trauma, por exemplo – estão associados à redução de cálcio intracelular, mantendo assim uma das complicações da doença: hipercalcemia.
57. A obstrução dos túbulos pela mioglobina ocorre principalmente nos túbulos distais, enquanto a citotoxicidade direta ao túbulo ocorre principalmente nos túbulos proximais.
58. Mioglobínúria ocorre apenas no contexto de rabdomiólise.
59. Níveis mais altos de CPK (geralmente > 4.000 U/L) estão associados a maior risco de LRA.
60. Os principais distúrbios hidreletrolíticos decorrentes da rabdomiólise são: hipercalcemia, hiperfosfatemia, hiperuricemia e hipermagnesemia.
61. A urina alcalina aumenta a precipitação da proteína de Tamm-Horsfall com mioglobina, promovendo maior obstrução tubular.
62. Deve ser instituído como tratamento para o referido paciente: reposição de solução de NaCl 0,9%, podendo ser alternada com 100 mmol de bicarbonato, monitorização do cálcio plasmático e hemodiálise.

Determinada paciente, de 45 anos de idade, ciclos menstruais regulares, psicóloga, chega ao pronto-socorro com quadro de lombalgia e mal-estar há dois dias. Vem apresentando episódios de febre de 38,5 °C associados à disúria e à polaciúria. Negou

comorbidades, porém relatou ter tido dois episódios prévios de cistite confirmados com urocultura ainda este ano, com necessidade de uso de antibiótico. Ao exame a paciente apresentava bom nível de consciência, hidratada, Tax = 37,5 °C, punho percussão dolorosa bilateralmente, FC = 88 bpm e PA = 110 mmHg x 80 mmHg, FR = 15 imp, e boa perfusão periférica.

Com base no caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

63. É correto afirmar que o diagnóstico provável da referida paciente é uma pielonefrite aguda não complicada.
64. No caso em questão, a recomendação seria a internação hospitalar, devido à necessidade do uso de antibiótico intravenoso.
65. A cultura de urina deve ser solicitada em todo caso suspeito de infecção de trato urinário em mulheres.
66. Se, no caso clínico em questão, a paciente for fazer tratamento ambulatorial empírico, a única classe recomendada seria a das fluorquinolonas.
67. Após o término do tratamento com antibiótico, a referida paciente deve ser orientada quanto à necessidade de repetir a urocultura e realizar exames de imagem, como a ultrassonografia de rins e vias urinárias.
68. Em caso de necessidade de profilaxia, esta teria duração de três meses, e o antibiótico mais indicado seria a ciprofloxacina na dose de 125 mg/dia.

Paciente, 40 anos de idade, sexo masculino, vai ao consultório com queixa de desconforto abdominal, mais pronunciado em flanco esquerdo há cerca de um mês e hematúria macroscópica que iniciou há uma semana, com duração de dois dias. Refere estar em tratamento de hipertensão arterial sistêmica há dois anos com losartana. Em exames de rotina realizados há três meses, apresentou creatinina = 2,5 mg/dL, ureia = 75 mg/dL, USG de rins e vias urinárias com aumento de volume renal e seis cistos bilaterais, sendo encaminhado ao nefrologista.

Com base no caso clínico e conhecimentos de medicina correlatos, julgue os itens a seguir.

69. É correto afirmar que se trata de uma doença renal policística autossômica dominante (DRPAD) de provável mutação PKD 1 (*Polycystic Kidney Disease 1*).
70. A DRPAD caracteriza-se pela mutação genética em um dos dois genes: PKD1, que ocorre em cerca de 85% dos casos, evoluindo com menor gravidade e em idade mais avançada; e PKD 2, que acomete cerca de 15% dos casos, com evolução mais precoce e grave.
71. O volume renal e o tamanho dos cistos são, atualmente, os preditores mais apropriados de redução da função renal em pacientes com DRPAD.
72. Configura-se fator de exclusão para a doença: pacientes com 40 anos ou mais, sob risco para DRPAD, com USG de rins e vias urinárias com menos de dois cistos em cada rim.
73. Na DRPAD a nefrolíase geralmente é decorrente do aumento do tamanho renal, bem como da redução de citrato e do aumento de magnésio.

74. Em caso de pacientes sob risco para DRPAD com idade inferior a 30 anos, que não apresentem evidências de cistos em exames de imagem poderão ser potenciais doadores renais.
75. Pacientes sob risco para DRPAD com idade inferior a 30 anos e que não apresentem evidências de cistos em exames de imagem poderão ser potenciais doadores renais.

---

Paciente de 25 anos de idade, sexo masculino, sem comorbidades prévias, apenas com relato de febrícula com coriza e faringoalgia há cerca de 60 dias, foi admitido em enfermaria de nefrologia com quadro de síndrome nefrótica, com proteinúria de 24 horas = 20 g iniciada há 45 dias. Em biópsia renal, evidenciou-se glomeruloesclerose segmentar e focal colapsante (GESF).

Com base no caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

76. A GESF é a glomerulopatia primária mais frequente em adultos no Brasil e nos Estados Unidos.
77. Entre as variantes histológicas da GESF, a mais comum é a variante celular.
78. Na GESF a principal alteração histológica é o espessamento da membrana basal glomerular.
79. É bem conhecida a correlação de GESF colapsante associada ao HIV. Assim sendo, é correto afirmar que essa variante de GESF está mais associada à etiologia secundária.
80. Entre as variantes da GESF, a forma colapsante é a que cursa com pior prognóstico renal, caracterizando-se pelo aparecimento de síndrome nefrótica maciça (geralmente maior que 10 g/L) e pela baixa resposta ao tratamento.
81. Nefropatia crônica do enxerto, ateroembolismo e uso de pamidronato podem ser causas de GESF colapsante.
82. A GESF colapsante é mais comum no sexo feminino e na raça negra.

---

Paciente, 14 anos de idade, sexo masculino, internado para investigação do seguinte quadro: há sete dias iniciou edema de MMII, com evolução para anasarca associado a oligúria, astenia, hiporexia, urina avermelhada e espumúria com alteração dos níveis pressóricos. Nega história de infecções de pele ou de vias respiratórias prévias. Estava em bom estado geral, PA de 150 mmHg x 80 mmHg, FC = 86 bpm, hipocorado (+1/+4), edema (+3/+4) em MMII e periorbital. Exames demonstravam Hemoglobina = 11 g/dL, creatinina = 2,8 mg/dL, ureia = 180 mg/dL, albumina = 2,8 mg/dL. Exame de urina mostrava proteínas > 30 mg/dL, nitrito negativo, leucócitos de 55.000 e hemácias = 383.000. Cultura de urina: negativa. FAN e sorologias virais negativas, com anti DNA negativo e complemento reduzido. USG de rins: normal.

Tendo em vista a hipótese clínica e o tema em questão, julgue os itens a seguir.

83. Trata-se provavelmente de um diagnóstico de glomerulonefrite rapidamente progressiva (GNRP).
84. Em pacientes com idade superior a 80 anos, a glomerulonefrite crescêntica é uma das formas mais comuns de glomerulopatias.

85. Entre as causas de GNRP, encontra-se a doença por anticorpo antimembrana basal glomerular (anti-MBG), cuja imunofluorescência se apresenta com depósitos de imunocomplexos (granulares) na membrana basal glomerular.
86. Entre as possibilidades etiológicas para o caso em questão, é correto considerar: nefrite lúpica, nefropatia por IgA, glomerulonefrite pós-estreptocócica (GNPE).
87. Nefrite lúpica, nefropatia por IgA, GNPE, crioglobulinemia são doenças que cursam com hipocomplementenemia.
88. Fatores de pior prognóstico na glomerulonefrite crescêntica são: presença de mais de 50% de crescentes, oligúria, crescentes celulares e anticorpo antimembrana basal glomerular.

---

Paciente, de 60 anos de idade, que chega ao ambulatório com quadro de astenia, parestesia em MMSS, aumento de volume abdominal, dispneia aos moderados esforços, ortopneia, com alguns episódios de síncope. Encontra-se com PA = 100 mmHg x 60 mmHg (sem uso de hipotensores). Em exames apresentava proteinúria 24h = 4,5 g, creatinina = 3,0 mg/dL e biópsia renal com expansão mesangial com deposição de fibrilas.

Com base no quadro apresentado e nos conhecimentos de medicina correlatos, julgue os itens a seguir.

89. O diagnóstico mais provável é de nefropatia membranosa.
90. O diagnóstico mais provável é de amiloidose.
91. Amiloidose primária é a causa mais comum de amiloidose sistêmica.
92. A amiloidose primária pode estar associada a mieloma múltiplo.
93. A amiloidose secundária está relacionada a gamopatias monoclonais, bem como doenças inflamatórias, infecciosas (artrite reumatoide, tuberculose, doença inflamatória intestinal).
94. A amiloidose é uma patologia que não recorre em caso de órgão transplantado.

---

Uma paciente de 54 anos de idade, DM e HAS há 10 anos, em uso de losartana, hidroclorotiazida, metformina e glibenclâmida, é encaminhada ao nefrologista por apresentar alteração de função renal em exames sem queixas urêmicas. Apresenta-se hipocorada (+1/+4), PA = 160 mmHg x 80 mmHg, sem edema. Exames mostram: Hb = 10 g/dL, IST = 18%, Ferritina = 80 mg/mL, creatinina 2.5 mg/dL (sendo a creatinina de três meses atrás de 2,3 mg/dL), clearance de creatinina = 22 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>, PTHi = 250 pg/mL, P = 5,5 mg/dL e Ca<sup>++</sup> = 8,5 mg/dL, glicemia de jejum = 200 mg/dL, hemoglobina glicada = 10% e proteinúria 24h = 1,5 g.

Tendo em vista o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

95. É correto afirmar que se trata de doença renal crônica (DRC) estágio IIIb.
96. A principal etiologia de DRC no Brasil é o diabetes mellitus (DM).
97. A retinopatia diabética necessariamente precede a nefropatia diabética, tanto no DM tipo 1 quanto no tipo 2.
98. No caso da paciente em questão, a meta a ser alcançada da PA será < 130 mmHg x 80 mmHg.

**99.** As metas glicêmicas a serem alcançadas pela paciente seriam: hemoglobina glicada de 7%, glicemia de jejum até de 130 mg/dL e glicemia pós-prandial até 180 mg/dL. Para tanto, deveria ser associada insulina e aos hipoglicemiantes orais.

**100.** A paciente em questão teria indicação de reposição de ferro oral, e não seria necessária ainda a indicação de quelante de fósforo.

**101.** A meta de hemoglobina a ser alcançada para a DRC seria de 12-13 g/dL, pois, abaixo desses valores, poderá aumentar o risco de acidente vascular encefálico.

---

Paciente, de 48 anos de idade, sexo masculino, portador de artrite gotosa, hipertensão arterial sistêmica, abuso prévio de AINE, já se encontra em acompanhamento no ambulatório de nefrologia. Apresenta DRC estágio IV (*clearance* de creatinina = 17 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>). Comparece com novos exames: ureia = 150 mg/dL, creatinina = 4,0 mg/dL, K<sup>+</sup> = 5,1 mEq/L, gasometria venosa: pH = 7,30, BIC = 20, Hb = 9,0 g/d, IST = 22% e ferritina = 300 µg/L e proteinúria 24h: 400 mg. Está em uso de candesartana, atenolol, anlodipino e furosemida. PA = 150 mmHg x 80 mmHg. Queixa-se de fadiga ocasional.

Tendo em vista o caso apresentado e considerando o manejo e a condução da doença renal crônica, julgue os itens a seguir.

**102.** O paciente deve ser orientado a realizar fístula arteriovenosa caso opte pela hemodiálise como método de terapia renal substitutiva.

**103.** O paciente deve ser orientado a iniciar reposição de ferro intravenoso antes do início de eritropoietina para melhor controle da anemia.

**104.** Com a progressão da DRC, é possível encontrar as seguintes alterações: anemia, hiperfosfatemia, hipocalcemia, deficiência de vitamina D e dislipidemia.

**105.** Níveis séricos de interleucina-6 (IL-6) em pacientes com DRC são mais baixos do que em pacientes com função renal normal, sendo assim um fator de risco cardiovascular.

**106.** Entre os fatores de risco não tradicionais para doença cardiovascular (DCV) na DRC, ressaltam-se: calcificação vascular, sobrecarga de volume, disfunção endotelial e tabagismo.

**107.** A albuminúria moderada (30-300 mg) é um fator de risco independente de mortalidade cardiovascular e de progressão de doença renal crônica em diabéticos e não diabéticos.

**108.** Não há necessidade de reposição de bicarbonato oral para o paciente, uma vez que está igual a 20 mEq/L.

---

Determinada paciente, 52 anos de idade, em acompanhamento ambulatorial por DRC estágio IIIa, com hipertensão arterial e litíase renal prévia, foi admitida no pronto-socorro com quadro de soluços importantes e vômitos 12 horas após ingesta de cerca de 300 mL de suco de carambola (com seis frutas). Inicialmente foi tratada com antieméticos e encaminhada para domicílio. Uma hora após, retorna ao hospital com confusão mental seguida de crise convulsiva tônico-clônica e rebaixamento do nível de consciência, sendo levada para a unidade de terapia intensiva. Foi intubada, mantendo PA = 160 mmHg x 90 mmHg sem droga vasoativa. Os exames mostravam: glicemia = 90,0 mg/dL,

ureia = 210,0 mg/dL, creatinina = 11,1 mg/dL, K<sup>+</sup> = 6,0 mEq/L, Hb = 11 g/dL, pH = 7,29, HCO<sub>3</sub> = 15,2 mEq/L. ECG normal.

Com base nesse caso clínico, julgue os itens a seguir.

**109.** Trata-se de uma urgência dialítica decorrente de provável intoxicação por carambola.

**110.** A creatinina elevada e a acidose metabólica do caso em questão são fatores que indicam urgência dialítica.

**111.** No caso de intoxicação por carambola, o principal tratamento é a diálise, podendo ser tanto a hemodiálise quanto a diálise peritoneal.

**112.** A ação da neurotoxina presente na carambola não é capaz de provocar lesão renal aguda em pacientes que tenham função renal normal.

**113.** O principal mecanismo de agressão renal da carambola é dado pelo ácido cítrico por meio da formação de cristais.

**114.** A melhor forma de tratamento de intoxicação por carambola para pacientes com DRC é a hemodiálise diária.

**115.** Os pacientes que vão a óbito geralmente são aqueles para os quais não foi oferecido nenhum tratamento dialítico ou que esse mesmo tratamento foi iniciado tardiamente.

---

Paciente, 20 anos de idade, sexo feminino refere vir apresentando cefaleia há um mês. No último episódio, há 15 dias, foi para a emergência com piora da dor, evoluindo com nalgia importante e níveis pressóricos de 200 mmHg x 120 mmHg, sendo realizada medicação intravenosa. Nega comorbidades prévias. Nega gestações prévias. Está em uso de propranolol e anlodipino. Nega alterações urinárias, edema, artralgia ou lesões cutâneas. Traz um exame de doppler renal evidenciando estenose > 75% em artéria renal esquerda, USG de rins: com RE = 8,0 cm e RD = 9,0 cm, proteinúria 24h = 168 mg e creatinina = 1,2 mg/dL.

Considerando o caso apresentado, julgue os itens a seguir.

**116.** Trata-se de um quadro clínico de hipertensão secundária. Assim sendo, a presença de estenose da artéria renal é sinônimo de hipertensão renovascular.

**117.** A estenose renal pode ser de causa aterosclerótica ou por displasia fibromuscular (DFM): a aterosclerótica geralmente envolve o segmento ostial ou proximal das artérias, enquanto a DFM envolve o segmento médio ou distal.

**118.** Na estenose unilateral, ocorre hipertensão mediada por renina enquanto, na estenose bilateral, a hipertensão decorre de hipervolemia.

**119.** A displasia fibromuscular é uma desordem inflamatória não aterosclerótica que pode acometer tanto artéria renal, quanto artérias cerebrovasculares extracranianas (carótidas e vertebrais).

**120.** No caso clínico em questão, o principal tratamento medicamentoso seria o início de um inibidor da enzima conversora da angiotensina (ECA) ou bloqueador do receptor da angiotensina (BRA). Porém, mesmo com o uso de BRA ou IECA, a paciente teria indicação de angioplastia transluminal percutânea sem *stent*.