



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RM/SES-DF/2018, DE 5 DE OUTUBRO DE 2017

PROGRAMAS – GRUPO 009

Transplante Renal (626)

Data e horário da prova:

*Domingo,
3/12/2017, às 14h*

INSTRUÇÕES

- Você receberá do fiscal:
 - um caderno da prova objetiva contendo 120 (cento e vinte) itens; cada um deve ser julgado como CERTO ou ERRADO, de acordo com o(s) comando(s) a que se refere; e
 - uma folha de respostas personalizada.
- Verifique se a numeração dos itens, a paginação do caderno da prova objetiva e a codificação da folha de respostas 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 da folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Liberdade é o espaço que a felicidade precisa.

- 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 da folha de respostas.
- Somente 1 (uma) hora após o início da prova, você poderá entregar sua folha de respostas e o caderno da prova e retirar-se da sala.
- Somente será permitido levar o caderno da prova objetiva 3 (três) horas após o início da prova.
- Deixe sobre a carteira apenas o documento de identidade e a caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente.
- Não é permitida a utilização de qualquer tipo de aparelho eletrônico ou de comunicação.
- Não é permitida a consulta a livros, dicionários, apontamentos ou apostilas.
- Você somente poderá sair e retornar à sala de aplicação da prova 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 na folha de respostas da prova objetiva. Caso haja algum dado incorreto, escreva apenas no(s) campo(s) a ser(em) corrigido(s), conforme instruções na folha de respostas.
- Leia atentamente cada item e assinale sua resposta na folha de respostas.
- A folha de respostas não pode ser dobrada, amassada, rasurada ou manchada e nem pode conter registro fora dos locais destinados às respostas.
- O candidato deverá transcrever, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, as respostas da prova objetiva para a folha de respostas.
- A maneira correta de assinalar a alternativa na folha de respostas é cobrir, fortemente, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, o espaço a ela correspondente.
- Marque as respostas assim: ●

Tipo “U”

Realização **iades** | Instituto Americano de Desenvolvimento

Informações: (61) 3574-7200
www.iades.com.br

NEFROLOGIA
Itens de 1 a 120

Paciente de 50 anos de idade, do sexo feminino, hipertensa, em uso de losartana, encontrava-se em tratamento hemodialítico convencional, três vezes por semana. Após cerca de 1 hora do início da hemodiálise, queixou-se de sensação de aperto no tórax, dispnéia e dorsalgia. Na coleta de sangue realizada, demonstraram-se queda de hematócrito e hipercalemia.

Considerando o caso clínico apresentado e os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

1. O principal diagnóstico para o caso clínico em questão é o de embolia gasosa.
2. O caso clínico em questão aborda a intercorrência de síndrome do desequilíbrio, confirmada pelo exame que demonstrou hiperpotassemia.
3. A intercorrência clínica descrita pode ser decorrente de obstrução ou estenose no equipo, cateter ou agulha para infusão de sangue, ou de problemas na solução de diálise.
4. O uso de sulfato de quinina anterior à diálise pode ser uma das explicações para a intercorrência descrita no caso clínico.
5. A presença de sangue vinho do Porto no equipo de sangue venoso é frequente na embolia gasosa.
6. É comum encontrar-se espuma no equipo venoso do dialisador em casos de hemólise.

Paciente de 18 anos de idade, do sexo feminino, iniciou quadro de edema de membros inferiores há dois meses, associado à proteinúria de 24 horas = 3,6 g, com creatinina = 0,9 mg/dL, ureia = 30 mg/dL, albumina = 3,6 g/dL, sem alteração pressórica e exame simples de urina evidenciando hematúria + e proteínas 2+. Sorologias para hepatite B, C e HIV negativas e FAN negativo. Foi realizada biópsia renal que mostrou, na microscopia óptica, adesão capsular fibrosa nos espaços de Bowman, incremento da matriz mesangial associada à obliteração de segmento dos tufo capilares glomerulares em dois glomérulos. A imunofluorescência apresentou-se com depósitos inespecíficos de IgM e C3 nos segmentos glomerulares.

Considerando o caso clínico apresentado e os conhecimentos correlatos a ele, julgue os itens a seguir.

7. É correto afirmar que o paciente do quadro clínico em questão apresenta síndrome nefrótica por lesões mínimas.
8. A doença de lesões mínimas é a forma mais encontrada de causa de proteinúria nos Estados Unidos.
9. No quadro clínico descrito, a principal anormalidade estrutural é a fusão de podócitos sem esclerose segmentar.
10. Das doenças glomerulares que cursam com depósitos imunes, pode-se citar glomerulonefrite membranosa, glomerulonefrite membranoproliferativa, glomerulonefrite pós-estreptocócica, doença de Goodpasture.
11. Considerando-se a glomerulosclerose segmentar e focal (GESF), é correto afirmar que a proteinúria subnefrótica e a albumina normal são, tipicamente, mais encontradas em GESF primária.

12. Na GESF e na doença por lesões mínimas, não se observa micro-hematúria.
13. A melhor opção de tratamento para o caso clínico apresentado é controlar a pressão arterial (com meta de PA < 120 mmHg x 75 mmHg), usando-se inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA) ou bloqueador de receptor de angiotensina (BRA), usando-se estatina e evitando-se dieta rica em proteínas.
14. A primeira opção de uso de imunossupressores para o tratamento do caso clínico em questão seriam os inibidores de calcineurina: ciclosporina ou tacrolimo.

Paciente do sexo feminino, de 32 anos de idade, gestante, com 37 semanas, procedente de Taguatinga, Brasília, deu entrada no serviço de obstetrícia com hipertensão, cefaleia e edema importante de MMII. Relatou história de duas primas com LES. A gestação foi interrompida com feto vivo. Ao exame físico, apresentava FC = 110 bpm, FR = 25 imp e PA = 150 mmHg x 100 mmHg. A ausculta pulmonar evidenciava redução de murmúrios vesiculares em bases, edema MMII 3+/+4. Exames colhidos após o parto evidenciaram creatinina = 2,5 mg/dL, ureia = 90 mg/dL, proteinúria (24 horas) = 3,0 g. Em exames do dia seguinte, já se notava creatinina = 3,5 mg/dL, ureia = 112 mg/dL. Em nova proteinúria (24 horas), evidenciam-se 5,0 g. A USG de rins foi normal. O Raio X de tórax evidenciou derrame pleural à direita. Anti-ds DNA +. FAN, anti ENA, VDRL, sorologias para hepatite B, C e HIV, anticoagulante lúpico e anticardiolipina negativos. C3, C4 e CH50 normais. A biópsia renal evidenciou glomerulonefrite proliferativa difusa, com acometimento de mais 50% dos glomérulos, padrão endocapilar com esclerose segmentar (3/12), sinequias e crescentes fibrocelulares. A imunofluorescência apresentava padrão *full-house*.

Considerando o caso clínico apresentado e os conhecimentos correlatos a ele, julgue os itens a seguir.

15. A nefrite lúpica (NL) é mais comum em caucasianos, hispânicos e asiáticos.
16. Em pacientes com lúpus, a NL afeta, igualmente, ambos os sexos.
17. Pode-se afirmar que, de acordo com o resultado da biópsia renal, trata-se de um caso de NF classe III (ISN/RPS - 2004).
18. O caso clínico aborda uma situação de glomerulonefrite rapidamente progressiva.
19. Pode-se afirmar que a biópsia renal e anti-DNA são suficientes para fechar o diagnóstico de lúpus para a paciente do caso clínico em questão.
20. Para o caso clínico em questão, o uso de micofenolato (MMF) associado a corticoide não poderia ser indicado como primeira linha de tratamento, ou seja, como ataque.
21. Mulheres jovens com LES têm risco aumentado de doença coronariana.
22. O melhor tratamento para NL durante a gestação é o micofenolato mofetil e a prednisona oral.

Paciente do sexo masculino, de 45 anos de idade, foi ao consultório de nefrologia para investigação de pedra nos rins e fraqueza muscular havia 15 dias. Nos exames solicitados, foram evidenciados $\text{Na}^+ = 135 \text{ mEq/L}$, $\text{K}^+ = 2,9 \text{ mEq/L}$, pH urinário = 5,7, bicarbonato sério = 19 mEq/L, creatinina = 1,2 mg/dL, ureia = 45 mg/dL, e USG de rins e vias urinárias com nefrocalcinose bilateral, citrato urinário = 176 mg/24 horas.

Considerando o caso clínico apresentado e os conhecimentos correlatos a ele, julgue os itens a seguir.

23. A maior causa de litíase renal no mundo é o fosfato ou o oxalato de cálcio.
24. No caso clínico em questão, pode-se atribuir, como causa principal à formação de cálculos renais do paciente, a hipocitraturia.
25. No caso clínico em questão, espera-se que a calciúria do paciente seja elevada.
26. É comum encontrar-se nefrocalcinose na acidose tubular renal (ATR) tipo II.
27. De acordo com o caso clínico, pode-se afirmar que se trata de um quadro de ATR tipo IV.
28. A causa mais comum de ATR tipo I é secundária à síndrome de Sjogren.
29. Na ATR tipo IV, espera-se um quadro de hipocalcemia.
30. No tratamento do caso clínico em questão, deve-se prescrever uma combinação de citrato de sódio e citrato de potássio.

Paciente do sexo masculino, de 20 anos de idade, compareceu ao ambulatório de nefrologia, porque vinha notando aumento de níveis pressóricos havia quatro meses, e episódios frequentes de infecção de trato urinário (ITU), tratados apenas com antibióticos e sem investigação prévia. Referiu que, na infância, já havia apresentado alguns episódios de ITU. Foram solicitados exames, que evidenciaram creatinina = 1,3 mg/dL, ureia = 40 mg/dL, exame simples de urina com proteínas > 30 mg/dL sem hematúria ou cilindrúria, proteinúria (24 horas) = 800 mg e urocultura negativa. A USG de rins e vias urinárias evidenciou redução córtico - medular e, em cintilografia com DMSA, foram evidenciadas cicatrizes renais. A PA do paciente era de 150 mmHg x 100 mmHg. Não referiu queixas urinárias.

Considerando o caso clínico apresentado e os conhecimentos correlatos a ele, julgue os itens a seguir.

31. Pode-se afirmar que se trata de um caso de doença renal crônica (DRC) estágio III A.
32. No caso clínico em questão, a biópsia renal faz-se necessária para o diagnóstico etiológico.
33. Pode-se afirmar que o diagnóstico mais conveniente para o caso clínico é o pielonefrite aguda.
34. No caso clínico apresentado, seria a uretrocistografia miccional o melhor exame para confirmação diagnóstica.
35. Como o USG não indicou dilatação ureteral ou hidronefrose, pode-se descartar o diagnóstico de nefropatia por refluxo.
36. É recomendado o uso de antibiótico profilático para crianças com refluxo vesicoureteral (RVU) graus III a V.
37. Os antibióticos mais utilizados na profilaxia de ITU recorrente em crianças com RVU são ciprofloxacino e cefalexina.

38. A principal forma de tratamento para o paciente em questão é o uso de IECA ou BRA.

Paciente de 40 anos de idade, do sexo feminino, sem comorbidades prévias, em uso de Femiane e tabagista, iniciou quadro de dor em flanco à esquerda associada a náuseas e vômitos havia cerca de 2 horas. Ao exame físico, apresentou PA = 150 mmHg x 100 mmHg e FC = 84 bpm. O exame simples de urina indicou proteínas +1, hemoglobina positiva e creatinina = 1,8 mg/dL. O USG de rins e vias urinárias evidenciou rim esquerdo com dimensões aumentadas (190 cm³), com parênquima espessado, pirâmides hiperecogênicas, sem litíase. O Doppler renal mostrou ausência de fluxo na dopplervelocimetria até a porção retroaórtica da veia renal.

Considerando o caso clínico apresentado e os conhecimentos correlatos a ele, julgue os itens a seguir.

39. Podemos afirmar que o diagnóstico da paciente em questão é de trombose de artéria renal.
40. Policitemia, aumento de proteína C e S, deficiência de antitrombina III e uso de anticoncepcionais hormonais podem ser causas de trombose venosa renal.
41. É comum encontrar injúria renal oligúrica na trombose venosa renal.
42. Das causas de síndrome nefrótica, a glomerulonefrite membranosa é a que mais está associada à trombose de veia renal.
43. Nos casos de trombose venosa renal unilateral, a veia renal direita é a mais prejudicada.
44. O exame padrão ouro para o diagnóstico de trombose venosa renal é a tomografia com contraste.
45. A melhor forma de tratamento para a paciente do caso clínico é a anticoagulação oral.
46. O fato de a paciente ter apresentado alteração de função renal indica que o melhor tratamento seria a trombectomia química ou mecânica.

Paciente, sexo masculino, 32 anos de idade, trabalhador rural de Goiatins/TO referiu que havia cerca de duas horas foi vítima de picada de cobra e não sabe qual tinha sido a espécie. Deu entrada no pronto-socorro com quadro de dor, eritema e parestesia no local da picada (tornozelo do membro inferior direito). Referiu ter procurado atendimento, pois havia notado queda de pálpebra à direita, visão dupla e mialgia. Foram prescritas quatro ampolas de soro polivalente, 1.500 mL de soro fisiológico, e tramadol. Os exames de entrada indicaram tempo de coagulação incoagulável, creatinina = 1,1mg/dL, hematócrito de 55% e leucócitos de 20.000/mm³. Foi repetida a dose de soro polivalente e o paciente foi admitido em UTI. Após 24 horas de evolução, o paciente notou urina avermelhada. Houve redução de débito urinário para 300 ml/dia, com novos exames que evidenciaram CPK = 70.000 UI/L, TGO = 240 U/L, TGP = 204 U/L, DHL = 1.500 U/L, o exame simples de urina indicou pH 5,0, densidade 1035, pigmento heme presente sem leucocitúria ou hematúria, proteína +1, ureia = 228 mg/dL, creatinina = 5,5 mg/dL e $\text{K}^+ = 6,0 \text{ mEq/L}$. O ECG indicou apiculação de onda T.

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

47. O caso clínico aborda acidente ofídico por botrópio.
48. A injúria renal aguda (IRA) do paciente em questão classifica-se, de acordo com AKIN, com estágio 2.
49. No acidente ofídico elapídico, não ocorre miólise e mioglobinúria maciça.
50. A principal complicação do acidente crotálico é a IRA.
51. Os principais mecanismos etiopatogênicos da IRA envolvidos no acidente crotálico são vasoconstrição renal, rabdomiólise e lesão tubular indireta.
52. A principal lesão histológica renal do caso clínico é a necrose tubular aguda (NTA).
53. A IRA, nos acidentes crotálicos, é frequentemente não oligúrica.
54. No caso clínico em questão, o paciente não se beneficiaria de hemodiálise. Seria indicada hidratação, uso de manitol a 20% e bicarbonato de sódio, para manter a urina alcalinizada.

Paciente, sexo feminino, 60 anos de idade, diabética (DM) tipo 2 havia 18 anos e hipertensa havia 6 anos, foi ao ambulatório de nefrologia com queixa de inchaço nas pernas e na face, além de falta de ar com piora nos últimos meses. Referiu uso de Nimesulida uma vez por semana para dor nos joelhos. Ao exame constatou-se 101 Kg (habitual = 92 Kg), hipocorada 2+/4+, MV reduzido nas bases, eupneica, PA 180 mmHg x 100 mmHg, FC = 74 bpm, edema de membros inferiores 3+/4+ bilateralmente e periorbitário. Estava em uso de Losartana, Hidroclorotiazida, Metformina, Glibenclamida e Omeprazol. Exames complementares indicaram Hb 9,6 g/dL, índice de saturação de transferrina (IST) 22%, ferritina = 150 µg/mL, ureia 82 mg/dL; creatinina 2,32 mg/dl (sendo de 1,4 havia quatro meses); K 5,3 meq/L; Na 142 meq/L, EAS com proteínas 3+/4+, hemácias 2000; albumina 1,9 mg/dL; proteinúria de 24 horas = 7g, glicemia de jejum = 240 mg/dL, hemoglobina glicada = 10%, colesterol total = 260/HDL = 45, LDL = 160, triglicérides = 250, clearance de creatinina = 23 ml/min, 1,73 m², USG de rins e vias urinárias normal.

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

55. Trata-se de uma paciente com doença renal crônica (DRC) estágio IV.
56. Seria indicado o uso de ferro endovenoso para correção de anemia da paciente.
57. O uso de Hidroclorotiazida seria indicado para a paciente em questão.
58. A indicação de biópsia renal é para a paciente em questão, haja vista que apresenta proteinúria de 7 gramas.
59. O uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINES) pode ser causa de síndrome nefrótica por lesões mínimas e membranosas.
60. Caso otimizem-se as metas pressóricas e glicêmicas da paciente com exame de fundo de olho sem retinopatia diabética, mas com progressão de proteinúria, devem ser aventados os diagnósticos de gamopatia monoclonal e glomerulonefrite por lesões mínimas.
61. A paciente em questão apresenta indicações evidentes para iniciar tratamento dialítico.

62. As metas glicêmicas para a paciente em questão são hemoglobina glicada = 7,0%, glicemia de jejum = 140 mg/dL e glicemia pós-prandial = 180 mg/dL.

Paciente, 60 anos de idade, sexo masculino, branco, foi a consulta no ambulatório de nefrologia, pois apresentou exames laboratoriais com alterações de função renal e desejava esclarecimentos. Negou náuseas, vômitos e soluços. Referiu discreta astenia e boa diurese. Apresentou como doenças de base HAS e cistos renais, em uso de anlodipino e atenolol. O pai do paciente apresentava alteração de função renal e estava em hemodiálise. Os exames evidenciaram Hb = 10,5 g/dL, IST = 18%, ferritina = 80 µg/dL, creatinina = 4,2 mg/dL, ureia = 155 mg/dL, K⁺ = 5,0 mEq/L, Na⁺ = 138 mEq/L, Ca⁺⁺ = 8,0 mEq/L, fósforo = 6,4 mg/dL, PTHi = 938 pg/mL, 25-OH-vitamina D3 = 18 ng/mL, ph = 7,33, bicarbonato = 20 mmol/L, proteinúria (24 horas) = 900 mg, clearance de creatinina = 14 mL/min/1,73 m². A USG de rins e vias urinárias indicou rins de volume aumentado às custas de múltiplos cistos bilaterais, configurando rins policísticos. Ao exame físico, o paciente apresentava-se hipocorado (+1/+4), peso = 72 kg, FC = 72 bpm, PA = 150 mmHg x 100 mmHg, edema de MMII (+1/+4).

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

63. A anemia na doença renal crônica (DRC) é causa importante de hipertrofia do ventrículo esquerdo e dilatação do ventrículo esquerdo.
64. A anemia, em pacientes com doença renal policística, pode se apresentar com níveis de hemoglobina maiores do que em pacientes com grau semelhante de disfunção renal, podendo esses pacientes, ocasionalmente, desenvolver policitemia.
65. Para o paciente do caso clínico, estaria indicado o uso de eritropoietina para correção da anemia.
66. A correção de acidose metabólica é importante para evitar a progressão da DRC e, conforme orientação do KDIGO, deve ser feita suplementação oral de bicarbonato de sódio para que se atinja bicarbonato de 21 mmol/L.
67. A segunda maior causa de mortalidade em pacientes com DRC terminal são as infecções.
68. Para o paciente do caso clínico, deve ser orientada ingestão proteica reduzida de 0,6 g/kg/dia.
69. Como o paciente apresenta-se hipertenso, descompensado e com proteinúria subnefrótica, seria necessária a associação com um IECA ou BRA para melhor controle dos fatores relatados.
70. O paciente em questão apresenta distúrbio mineral e ósseo e, como início do tratamento, estaria indicado, o uso de calcitriol para melhor controle do fósforo e queda dos níveis de PTHi.

Paciente de 45 anos de idade, do sexo feminino, hipertensa prévia, em uso de losartana e hidroclorotiazida, compareceu ao ambulatório de nefrologia bastante ansiosa, pois foi orientada a realizar exames que evidenciaram alteração em tomografia computadorizada (TC) de abdome com contraste. Negava queixas urinárias. Aos exames, apresentou creatinina = 0,8 mg/dL, ureia = 39 mg/dL, K⁺ = 4,5 mEq/L, hemoglobina = 14 g/dL. A TC de abdome evidenciou dois cistos no rim direito, um de 2,5 cm e outro de 2,8 cm, hiperdensos, com finas calcificações nas paredes, e paredes minimamente espessadas, sem realce perceptível após uso de contraste.

Considerando o caso clínico apresentado e os conhecimentos correlatos a ele, julgue os itens a seguir.

71. Pode-se afirmar que, de acordo com a classificação de Bosniak para cistos complexos, a tomografia da paciente do caso clínico em questão seria II F.
72. Para os cistos do caso clínico em questão, por se tratarem de cistos de baixa associação com malignidade, não se faz necessário acompanhamento ou *follow-up*.
73. Os cistos renais simples são as lesões renais císticas adquiridas mais comuns, principalmente em homens.
74. Quase todos os cistos multiloculares são classificados como Bosniak classe III.
75. Angiomiolipomas renais são lesões malignas.
76. O rim em esponja medular está frequentemente associado a nefrocalcinose, nefrolitíase de repetição e alteração de mineralização óssea.

Paciente de 65 anos de idade, do sexo feminino, epilética havia longa data, mas sem crises havia 5 anos, evoluiu havia cerca 2 semanas com quadro de sonolência e confusão mental, sendo, então, encaminhada por familiares para consulta em emergência. Durante a consulta, a paciente apresentou crise convulsiva tônico-clônica generalizada por cerca de 10 minutos, sendo imediatamente encaminhada ao *box* da emergência para avaliação. Exames iniciais demonstravam hemoglobina = 12 g/dL, leucócitos = 14.000/mm³, plaquetas 260.000/mm³, TGO = 45 UI/L, TGP = 42 UI/L, bilirrubina total 0,2 mg/dL, CPK = 860 UI/L, creatinina = 1,3 mg/dL, ureia = 45 mg/dL, K⁺ = 3,4 mEq/L, Na⁺ = 112 mEq/L. A TC do crânio, realizada no pronto-socorro estava dentro normalidade. Como antecedente, a família relatou ter trocado hidantal por carbamazepina havia cerca de 3 meses, por dificuldade de encontrar hidantal no mercado. Foi feito o diagnóstico de hiponatremia.

Considerando o caso clínico apresentado e os conhecimentos correlatos a ele, julgue os itens a seguir.

77. A provável etiologia para hiponatremia está relacionada à introdução do antiepilético carbamazepina, que está associado à síndrome perdutora de sal e desidratação.
78. A paciente em questão apresenta um quadro hiponatremia hipovolêmica.
79. Pode-se considerar a paciente em questão com hiponatremia grave em razão do aparecimento de sintomas com rebaixamento e convulsões.

80. Os sintomas neurológicos na hiponatremia são decorrentes da desidratação cerebral e da hipertensão cerebral.
81. A correção do sódio deve ser feita tentando-se normalizar o sódio sérico nas primeiras 24 horas.
82. Uma das complicações graves que podem ocorrer durante a correção da hiponatremia é a síndrome da desmielinização osmótica (antigamente chamada mielinólise pontina).
83. Caso se suspeite de hiponatremia associada a medicamentos, deve-se proceder à suspensão da medicação em questão.

Paciente de 35 anos de idade, do sexo feminino, diabética, gestante com 21 semanas, foi à consulta com ginecologista queixando-se de febre não aferida havia 3 dias, prostração, náusea e dor lombar direita, além de disúria leve. Ao exame físico demonstrava TAX = 37,5 °C e dor na região lombar direita a punho-percussão. A paciente relatou que, havia 2 semanas, iniciou quadro de disúria e polaciúria, tendo consultado um balconista de farmácia, que prescreveu Pyridium (fenazopiridina) e aumento na ingestão de água, além de indicar consulta com médico para melhor avaliação. Referiu que, como houve melhora dos sintomas com a medicação, não procurou o médico no período, mas que houve retorno e até piora dos sintomas havia alguns dias. Após anamnese cuidadosa, a ginecologista levantou a hipótese diagnóstica de infecção do trato urinário.

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

84. Infecção sintomática do trato urinário é mais frequente em diabéticos do que entre não diabéticos, além de apresentar um maior risco de complicações.
85. As infecções do trato urinário não levam ao aumento da possibilidade de parto prematuro e da mortalidade fetal, de maneira que o tratamento de casos de bacteriúria assintomática não é o indicado de rotina.
86. Presença de dispareunia e corrimento vaginal sugerem diagnóstico de infecção do trato urinário, como pielonefrite.
87. O exame definitivo para o diagnóstico de infecção de trato urinário (ITU) é a urocultura, que deve ser colhida da urina de jato médio, após higiene íntima. Considera-se positiva a contagem superior ou igual a 10³ ufc/mL.
88. Em casos em que a febre não melhora após 72 horas de antibioticoterapia, devem-se realizar exames de imagem para afastar complicações, como a presença de abscesso.
89. O tratamento de cistite pode ser realizado com regime de 3 dias de antibioticoterapia. Nesse caso, a taxa de resolução da infecção é superior a 90%.
90. Em homens, as infecções do trato urinário são comuns até os 50 anos de idade em razão da presença de malformações no trato geniturinário.
91. O agente causador de ITU mais frequente é a *Escherichia coli* (75% a 95% dos casos), proveniente, principalmente, da flora intestinal.

Paciente de 12 anos de idade, do sexo masculino, encontrava-se em acompanhamento no ambulatório de nefropediatria. O diagnóstico havia sido de síndrome nefrótica. Após apresentar quadro de anasarca, o paciente havia iniciado tratamento havia 2 semanas, com retorno programado em 1 mês para reavaliação. A mãe do paciente, naquele momento, decidiu, por conta própria, aumentar a dose de furosemida prescrita pelo nefropediatra com o intuito de diminuir mais rápido o inchaço do filho. Ao retornar à consulta ambulatorial, o paciente relatou melhora importante do edema, mas queixou-se de fraqueza generalizada e obstipação. O médico avaliou os exames realizados pelo paciente havia 2 dias, que indicavam hemoglobina = 13 g/dL, leucócitos = 6.000 / mm³, plaquetas 170.000/mm³, TGO = 39 UI/L, TGP = 25 UI/L, CPK = 55 UI/L, creatinina = 1,1 mg/dL, ureia = 45 mg/dL, K + = 2,2 mEq/L, Na = 140 mEq/L, cálcio sérico = 9,5 mEq/L, Mg = 2 mEq/L, EAS foi normal. O ECG indicou achatamento da onda T. Após o resultado dos exames laboratoriais, o diagnóstico foi de hipocalemia.

Considerando o caso clínico apresentado e os conhecimentos correlatos a ele, julgue os itens a seguir.

92. Alterações eletrocardiográficas podem ocorrer na hipocalemia em virtude da alteração na condução e na excitabilidade do coração, que podem alterar a função e o ritmo cardíaco.
93. A provável causa de hipocalemia nesse paciente foi o uso de diurético (furosemida).
94. A presença de fraqueza generalizada ocorre mesmo em hipocalemia leve, quando o potássio sérico está menor 3,5 mEq/L.
95. Para cada 1 mEq/L na redução de potássio sérico, há déficit corporal total de 150 mEq a 400 mEq, assim, mesmo após a correção, é necessária a manutenção da reposição por alguns dias.
96. A reposição de potássio endovenosa deve ser realizada preferencialmente em soluções com glicose, pois isso, evita o risco de flebite.
97. A reposição oral de potássio é pouco segura, por isso prioriza-se a reposição endovenosa, que deve ser feita em qualquer nível de hipocalemia.
98. Deve-se suspeitar de excesso de magnésio quando a reposição de potássio não corrige a hipocalemia, pois a correção de hipermagnesemia, geralmente, reverte a perda de potássio.

Paciente de 55 anos de idade, do sexo masculino, apresentou diagnóstico de cirrose havia 2 anos, estando em acompanhamento regular com gastroenterologista. Durante consulta de rotina, o paciente relatou que havia 3 semanas vinha apresentando redução do débito urinário sem motivo aparente. Ao exame físico, o paciente não demonstrou alteração em relação ao exame anterior, mantendo quadro de ascite leve e sinais de hipertensão portal com circulação colateral no abdômen. Em razão da alteração do débito urinário, o paciente foi encaminhado para consulta com nefrologista e apresentou os exames solicitados havia 1 semana pelo gastroenterologista. Esses exames indicavam hemoglobina = 8,5 g/dL, leucócitos = 12.000/mm³, plaquetas = 140.000/mm³, TGO = 31 UI/L, TGP = 27 UI/L, CPK = 85 UI/L, creatinina = 1,8 mg/dL, ureia = 75 mg/dL, K

+ = 4,2 mEq/L, Na = 130 mEq/L, cálcio sérico = 9,2 mEq/L, Mg = 2,1 mEq/L, EAS normal e ECG normal. Após checar os resultados anteriores, o nefrologista conseguiu resgatar, no prontuário do paciente, exame da função renal realizado havia 3 meses, que demonstrava: creatinina = 1,3 mg/dL, ureia = 55 mg/dL. Após avaliação clínica e dos exames, o nefrologista aventou a hipótese de síndrome hepatorenal.

Considerando o diagnóstico do nefrologista e o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

99. A síndrome hepatorenal ocorre em pacientes com insuficiência hepática, tanto aguda quanto crônica, que apresentem hipertensão portal e ascite.
100. O paciente apresenta síndrome hepatorenal tipo 1, que pode ser constatada em virtude da falência renal de instalação mais lenta e a creatinina sérica superior a 1,5 mg/dL, condição clínica cujo diagnóstico é pior.
101. A melhora da função renal com reposição volêmica, utilizando-se albumina por 2 dias consecutivos, corrobora o diagnóstico de síndrome hepatorenal.
102. O tratamento de escolha é o uso da terlipressina, droga com melhor *performance* hemodinâmica, que melhora débito urinário *clearance* de creatinina e diminui níveis séricos de creatinina.
103. O maior fator de risco responsável pela falência renal em cirrótico é a peritonite bacteriana espontânea (PBE), que corresponde a cerca de 30% dos casos de falência renal.

Paciente de 75 anos de idade, do sexo masculino, encontrava-se acamado e totalmente dependente de cuidador para auxiliar em AVD em virtude de um AVC ocorrido havia cerca de 6 meses. Esse AVC havia deixado o paciente com hemiparesia direita e disartria moderada. Havia cerca de 2 semanas, os familiares começaram a notar que o paciente evoluiu para o quadro de letargia progressiva e rebaixamento do nível consciência, sendo levado para avaliação em consulta no pronto-socorro. Durante avaliação médica, apresentava rebaixamento importante (ECG = 10 pontos), hemiparesia direita (sequelar), além de letargia importante. AC = RC2T com BNF, AP = MVF sem RA. Foram realizados exames laboratoriais no PS, que demonstravam hemoglobina = 10 g/dL, leucócitos = 7.000/mm³, plaquetas = 190.000/mm³, TGO = 45 UI/L, TGP = 28 UI/L, CPK = 70 UI/L, creatinina = 1,3 mg/dL, ureia = 60 mg/dL, K + = 3,7 mEq/L, Na = 165 mEq/L, cálcio sérico = 9,0 mEq/L, Mg = 2,1 mEq/L, EAS normal. Após o resultado dos exames laboratoriais, o diagnóstico foi de hipernatremia.

Considerando o caso clínico apresentado e os conhecimentos correlatos a ele, julgue os itens a seguir.

104. A principal etiologia para hipernatremia, nesse paciente, deve ser secundário a diabetes insípido, decorrente do AVC.
105. Os principais achados clínicos são, predominantemente, neurológicos, sendo a alteração do nível de consciência a manifestação mais frequente.
106. O uso crônico de medicações como lítio pode causar aparecimento de diabetes insípido com risco de desenvolvimento de hipernatremia, devendo-se, sempre, realizar pesquisa de medicamentos em uso por esses pacientes.

- 107.** Podem ocorrer danos neurológicos decorrentes de hemorragia cerebral em pacientes com hipernatremia.
- 108.** O tratamento da hipernatremia objetiva a normalização do sódio em até 12 horas.
- 109.** Uma das complicações da correção da hipernatremia é o edema celular, que pode causar complicações graves no sistema nervoso central.

Paciente de 55 anos de idade, do sexo masculino, diabético e hipertenso, com DRC e realizando hemodiálise três vezes por semana, deu entrada no PS relatando terem se iniciado, no dia anterior, episódios intermitentes de palpitações associadas à sudorese e à turvação visual. Ao exame, apresentou-se consciente, alerta, orientado. Apresentou também, AC = RC irregular com BNF, AP = MVF sem RA, FC = 175 bpm e FR = 18 irpm. O paciente relatou não ter comparecido às duas últimas sessões de hemodiálise, pois o seu carro estava no mecânico e não tinha outra forma de ir à clínica. Exames realizados no PS demonstravam hemoglobina = 9 g/dL, leucócitos = 8500/mm³, plaquetas = 179.000/mm³, TGO = 25 UI/L, TGP = 29 UI/L, CPK = 85 UI/L, creatinina = 2,8 mg/dL, ureia = 125 mg/dL, K⁺ = 6,5 mEq/L, Na = 142 mEq/L, cálcio sérico = 9,2 mEq/L, Mg = 1,9 mEq/L e EAS normal. O ECG apresentou fibrilação atrial. Após o resultado dos exames laboratoriais, o diagnóstico foi de hipercalemia.

Considerando o caso clínico apresentado e os conhecimentos correlatos a ele, julgue os itens a seguir.

- 110.** As manifestações clínicas da hipercalemia são inespecíficas, como fraqueza, adinamia, paralisia muscular e arritmias cardíacas, podendo, muitas vezes, ser confundidas com a própria doença de base.
- 111.** A presença de acidose metabólica tende a melhorar a hipercalemia, por promover deslocamento do potássio extracelular para o meio intracelular em troca de íon hidrogênio.
- 112.** Entre os medicamentos que podem causar hipercalemia, estão IECA, ARA II, AINE e diuréticos poupadores de potássio.
- 113.** A administração intravenosa de cálcio é usada para tratar os efeitos cardíacos deletérios da hipercalemia, devendo ser usada, profilaticamente, mesmo na ausência de alterações no ECG.
- 114.** O tratamento com bicarbonato de sódio (NaHCO³) pode ser usado apenas em casos de hipercalemia grave, independentemente de o pH sérico ter grandes efeitos sobre o potássio sérico.
- 115.** A hemodiálise aguda deve ser realizada em casos de hipercalemia grave, podendo reduzir o potássio sérico até 1,2 a 1,5 mmol/h.
- 116.** Uma forma rápida de tratar a hipercalemia é estimular a eliminação de potássio, por meio dos rins ou via TGI, com administração de insulina ou agonista beta2-adrenérgico.

Paciente do sexo feminino, de 64 anos de idade, em consulta ambulatorial, refere quadro de astenia, parestesia em membros inferiores, plenitude pós-prandial e tontura postural. Apresenta exames que evidenciaram proteinúria de 24 horas: 4,0 g e biópsia renal com expansão mesangial com depósito fibrilar. Ao exame físico, aferiu-se PA de pé = 100 mmHg x 60 mmHg e PA sentada = 120 mmHg x 80 mmHg.

Com base no caso clínico apresentado e considerando os conhecimentos médicos corretos, julgue os itens a seguir.

- 117.** Na amiloidose, a síndrome nefrótica, a hipotensão postural e a neuropatia periférica são comumente encontradas na forma amiloidose AL, sem mieloma.
- 118.** Na amiloidose, mesmo com presença de disfunção renal, não haverá ocorrência de hipertensão arterial.
- 119.** No caso apresentado, é incomum a presença de hematúria na amiloidose.
- 120.** A amiloidose AL pode ocasionar a infiltração de quase todos os órgãos, exceto do fígado.

Área livre
