

PROGRAMA ANOS ADICIONAIS: NEFROLOGIA

ESPECIALIDADE: Nefrologia (R3) - Área de Atuação Transplante Renal

Prezado(a) Participante,

Para assegurar a tranquilidade no ambiente de prova, 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 a Folha de Respostas, confira os dados do cabeçalho. Havendo necessidade de correção de algum dado, chame o fiscal. Não use corretivo nem rasure a Folha de Respostas.
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. A Folha de Respostas do participante será disponibilizada em sua área privativa na data estabelecida no Anexo II, conforme subitem 8.17 do Edital.
08. Ao terminar a prova, não esqueça de assinar a Ata de Aplicação e a Folha de Respostas, no campo destinado à assinatura, e de entregar o Caderno de Questões e a Folha de Respostas ao fiscal de sala.

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

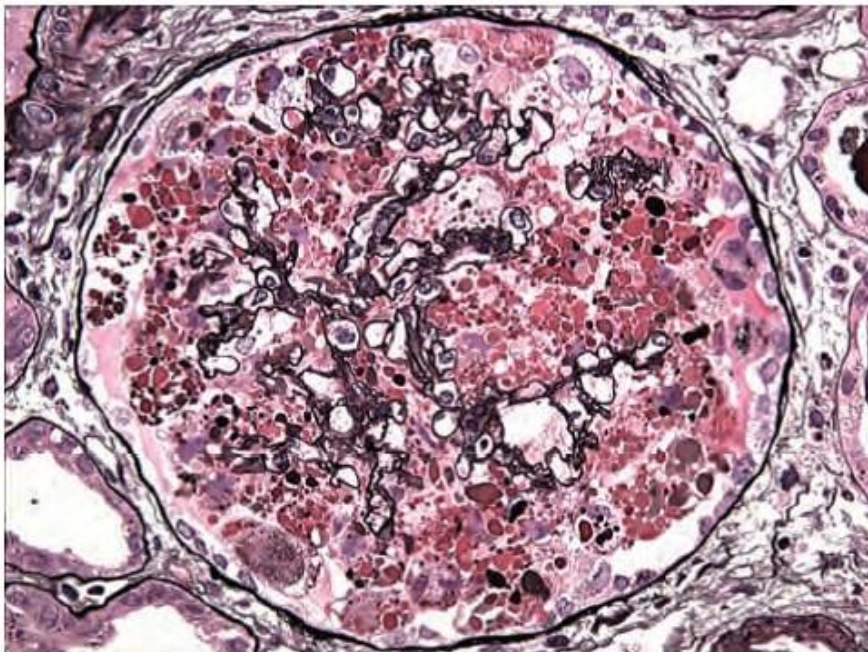
Boa prova!

Fortaleza, 07 de novembro de 2021.

Inscrição

Sala

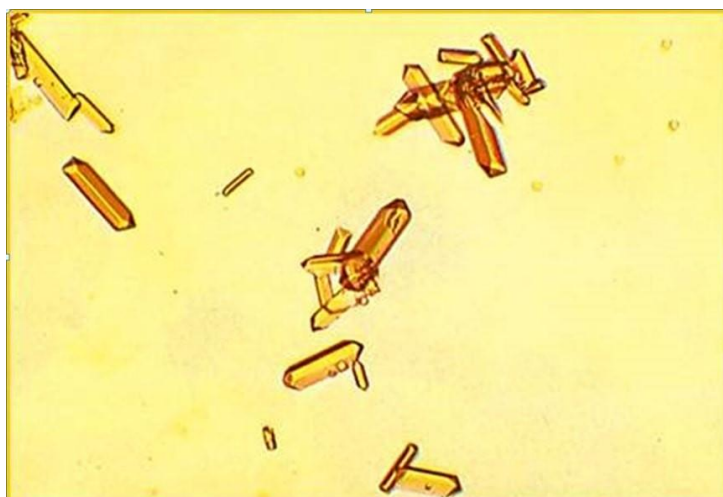
01. Paciente 76 anos, feminina, com doença renal crônica estágio I, diabetes mellitus tipo 2, chega à emergência mantendo boa diurese, sem edema e com queixa de fraqueza. Em uso de ramipril, metformin, hidroclorotiazida e ibuprofeno há uma semana. Ao exame, a paciente apresenta redução de força muscular em MMII. PA 160/90mmHg. Gasometria venosa: pH 7,34; HCO_3^- 20mEq/L; pCO_2 35mmHg; Na 140mEq/L; K 5,8mEq/L. Qual a causa mais provável para a hipercalemia?
- A) O uso de ramipril.
B) O uso de ibuprofeno.
C) Acidose tubular tipo IV.
D) O estágio da doença renal crônica.
02. Paciente de 22 anos, sexo masculino, apresentando evento infeccioso de vias aéreas superiores auto-limitado com surgimento de uma doença glomerular, caracterizando uma síndrome mista nefrótica/nefritica acompanhada de perda da função renal. Proteinúria de 12g/dia e exame de urina com hemácias 10/campo, ureia 150mg/dL e creatinina 3,4mg/dL.



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

- De acordo com a biópsia renal trata-se de:
- A) GN membrano proliferativa por doença de depósito denso.
B) Glomeruloesclerose segmentar e focal colapsante.
C) GN difusa pós-infecciosa com crescentes.
D) GN crescêntica paucimune.
03. Paciente de 58 anos, masculino, com diagnóstico de hanseníase virchowiana, com 2 episódios de eritema nodoso lepromatoso, em uso de rifampicina, dapsona e clofazimina há 9 meses. Realizou exames de rotina que evidenciaram ureia 75mg/dL, creatinina 1,2mg/dL, exame de urina: hematúria 3+, proteinúria 2+, leucocitúria 3+. Pesquisa de crioglobulinas positivas e proteinúria de 2,5g/dia. Qual o diagnóstico mais provável para a nefropatia?
- A) Glomerulonefrite membranoproliferativa.
B) Glomeruloesclerose segmentar e focal.
C) Nefrite intersticial crônica.
D) Amiloidose renal.

04. Paciente de 35 anos, usuária de droga por via endovenosa. Há cerca de 4 semanas com quadro de febre, foi admitida e iniciado antibioticoterapia com melhora do quadro pulmonar. Ao exame físico na emergência, a pressão arterial estava elevada (170/110mmHg), taquicárdica e com edema facial. Hemoglobina 9,2g/dL; ureia 194mg/dL; creatinina 3,1mg/dL; colesterol total 190mg/dL; albumina 3,8g/dL; sedimento urinário com mais de 60 hemácias/ campo, dismorfismo positivo e proteinúria de 1800mg/dia; C3 e C4 baixos; FAN positivo 1/80, anti-DNA negativo; sorologia para hepatite C negativa; VHS e PCR elevados. Tomografia computadorizada de tórax evidenciou uma cavitação com abscesso pulmonar. Qual a glomerulonefrite (GN) mais provável?
- A) GN membranoproliferativa crioglobulinêmica.
 B) GN pós-infecciosa por estafilococos.
 C) GN proliferativa difusa lúpica.
 D) GN pauci-imune.
05. Paciente de 58 anos, feminina, portadora de HAS e DM tipo 2, chegou na consulta médica sem queixas clínicas, mas trouxe um exame de rotina que evidenciou bacteriúria no sumário de urina. Foi então solicitada urinocultura com presença de E. coli (100.000 unidades formadoras de colônia/mL). Qual a conduta mais adequada?
- A) Não fazer uso de antibioticoterapia.
 B) Iniciar norfloxacino por um período de três dias.
 C) Repetir a urinocultura, pois é provável que seja contaminação da amostra.
 D) Solicitar ultrassom abdominal para a pesquisa de alterações no trato urinário.
06. Paciente, 35 anos, feminina, foi encaminhada para a nefrologia após passar no ambulatório da dermatologia onde foi diagnosticado eritema induratum. Na consulta, trouxe 6 exames de urina que sempre mostram pH de 5,0, hematúria e leucocitúria sem bacteriúria. Qual o diagnóstico mais provável?
- A) Pielonefrite xantogranulomatosa.
 B) Tuberculose vias urinárias.
 C) Cistite intersticial crônica.
 D) Malacoplaquia renal.
07. Mulher, 40 anos, com história de infecção urinária em média quatro por ano, apresenta dor lombar à esquerda de forte intensidade, sendo detectado cálculo renal à ultrassonografia abdominal. O sumário de urina evidencia um pH de 9,0 e na sedimentoscopia, cristais conforme mostra a figura abaixo.



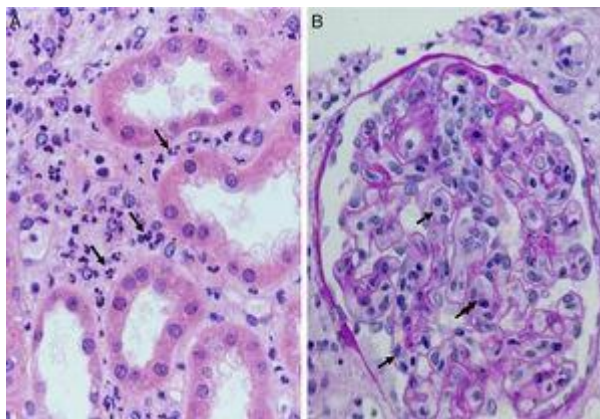
Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 2)

Diante do achado laboratorial, o cálculo mais provável em questão é de:

- A) Cistina.
 B) Ácido úrico.
 C) Oxalato de cálcio.
 D) Fosfato amoníaco magnésiano.

- 08.** Paciente de 50 anos, sexo masculino, foi internado no enfermaria de nefrologia para investigação diagnóstica. Relata edema generalizado de aparecimento insidioso há seis meses e menciona que há 04 dias apresentou dor súbita na região lombar E. Ao exame físico: PA: 120/80 mmHg, edema generalizado, piparote positivo, murmúrio vesicular diminuído bilateralmente e varicocele à esquerda. Os exames solicitados revelam sumário de urina: proteína (++++), leucócitos 5/campo, hemácias 10/campo, proteinúria de 9g/24 horas, albumina sérica: 2,0 g/dL, creatinina: 1,5 mg/dL (anterior 0,9 mg/dL).
Considerando o quadro clínico apresentado, a lesão histopatológica mais provável é:
- A) Glomerulonefrite membranosa.
 - B) Glomerulonefrite imunotactoide.
 - C) Glomerulosclerose focal e segmentar.
 - D) Glomerulonefrite rapidamente progressiva.
- 09.** Paciente do sexo feminino, 55 anos, hipertensa prévia, internada com quadro de infecção respiratória. PA: 180/75 mmHg. Exames laboratoriais: creatinina sérica de 3,0 mg/dL, ureia de 100mg/dL creatinina urinária de 80 mg/dL, Bicarbonato de 19 mEq/l, PTH 220 pg/ml, cálcio sérico 10 mg/dL, fósforo sérico 7 mg/dL e volume urinário de 24 h de 1440 ml. Sua superfície corporal é 1,73 m². US abdominal revela diminuição da diferenciação córtico-medular renal. Nesse caso, o estágio da insuficiência renal é:
- A) Estágio IIIb.
 - B) Estágio IV.
 - C) Estágio V.
 - D) Estágio VD.
- 10.** Paciente, 60 anos, sexo masculino, fumante de longa data, procura atendimento no ambulatório de clínica médica com queixa de “urina vermelha” e presença de coágulos na urina. Ao exame físico, apresenta PA: 120/80 mmHg, sem outras alterações. Os exames laboratoriais mostram função renal e eletrólitos normais e o sumário de urina evidencia numerosas hemácias /campo, proteína (+/4) e leucócitos 7/campo. Baseado na principal hipótese diagnóstica, o tipo de hematúria mais provável é:
- A) Terminal, vesical.
 - B) Total, glomerular.
 - C) Inicial, uretral.
 - D) Total, tubular.
- 11.** Paciente do sexo feminino, 40 anos, procura o ambulatório de nefrologia com queixa de que há seis meses vem observando urina turva (lembrando pus na urina), sem queixas de disúria. Nos exames laboratoriais, evidenciava-se sumários de urina com piúria persistente porém com urinoculturas negativas. Qual é o diagnóstico mais provável?
- A) Tuberculose renal.
 - B) Nefrite intersticial.
 - C) Apendicite aguda.
 - D) Litíase renal.
- 12.** Paciente masculino, 58 anos, normotenso, recebeu diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 há 3 anos. Exames laboratoriais realizados: creatinina 1,8 mg/dL; sumário de urina: proteína+, hemáceas 20/campo com cilindros hemáticos; albuminúria de 600 mg/24 horas. O exame de fundo de olho não apresenta sinais de retinopatia diabética e a eletroneuromiografia de membros inferiores foi normal. O médico assistente acredita que ele é portador de doença renal crônica secundária a outra causa que não o diabetes. O principal motivo que levou o médico a esta conclusão foi:
- A) Ausência de retinopatia.
 - B) Ausência de neuropatia.
 - C) Presença de cilindros hemáticos.
 - D) Tempo de diabetes inferior a 5 anos.

13. Paciente feminina, 28 anos. Em consulta pré-natal com 12 semanas, detectado PA 120/80 mmHg; creatinina de 1,1 mg/dl; sumário de urina com proteína ++, proteinúria de 800 mg/24 horas. Com 32 semanas, observado PA 150/95 mmHg; proteinúria de 900 mg/24 horas; creatinina de 1,2 mg/dL e ácido úrico de 3,5 mg/dL. Em relação à desordem hipertensiva observada, o diagnóstico mais provável da desordem hipertensiva dessa paciente é:
- secundária à pré-eclâmpsia.
 - pré-existente, com pré-eclâmpsia superimposta.
 - gestacional, em paciente com doença renal prévia à gravidez.
 - pré-existente, em paciente com doença renal prévia à gravidez.
14. Paciente masculino, 65 anos, hipertenso e diabético, procurou atendimento no ambulatório de Clínica Médica com queixas de dor lombar há 6 meses, palidez e edema discreto de membros inferiores. Exames laboratoriais revelaram: Hb 10 g/dL, Creatinina 2,5 mg/dL, Albumina 3g/dL, Cálcio 10,5 mg/dL, Sumário de urina com proteína traços, raras hemácias/campo, raros cilindros hialinos. Relação proteína/creatinina na urina de 1,9. Considerando o quadro clínico/exames do paciente, o tipo de proteinúria mais provável é:
- microalbuminúria.
 - proteinúria tubular.
 - proteinúria glomerular.
 - proteinúria de hiperprodução.
15. Paciente do sexo feminino, 34 anos, submetida a transplante renal com doador falecido, com 5 incompatibilidades HLA (antígeno leucocitário humano), PRA (anticorpos reativos ao painel de linfócitos) classe I 68% e classe II 0%. Tem um anticorpo de classe I antidoador (DSA) com MFI (mean intensity fluorescence) de 1300. Imunossupressão de indução: timoglobulina, tacrolimus e micofenolato e sódio. Evoluiu com função retardada do enxerto e no décimo quarto dia foi realizada biópsia renal, revelando imunohistoquímica com C4d positivo e microscopia óptica conforme figura abaixo.

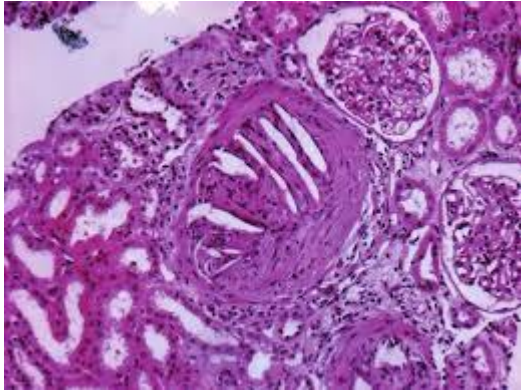


Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 3)

Segundo a hipótese mais provável pela histologia, a conduta recomendada é:

- Suspender tacrolimus.
 - Iniciar novo ciclo de timoglobulina.
 - Iniciar plasmaferese e imunoglobulina.
 - Iniciar pulsoterapia com metilprednisolona.
16. Paciente do sexo feminino, 60 anos, há 3 dias passou a apresentar náuseas, hiporexia, adinamia e redução da diurese. Na semana anterior, teve quadro diarreico e febre por cinco dias. Procurou emergência médica, sendo detectado Ureia 160 mg/dL, Creatinina 4mg/dL, Na⁺ 128 mEq/L, K⁺ 5,8 mEq/L, Na⁺ urinário 30 mEq/L e Creatinina urinária 35mg/dL. Esses exames foram solicitados para diferenciar azotemia renal de azotemia pré-renal. O tipo de azotemia e a fração de excreção de sódio dessa paciente é:
- Pré-Renal; 0,8%
 - Pré-renal; 1,7%
 - Renal; 2,7%
 - Renal; 4,2%

17. Paciente feminina, 84 anos, há 5 dias com diminuição do apetite e há dois dias com tosse, febre e oligúria. Hipertensa há 30 anos, em uso de losartan e diabética há 10 anos, controlada com dieta. Ao exame: PA = 160/100 mmHg, desidratada (+/4), algo desorientada no tempo e espaço, levemente taquipneica. Sem edemas ou outras alterações. Iniciado tratamento hidratação endovenosa e Levofloxacina por suspeita de pneumonia. Hb = 13,2g/dl, Ureia de 85 mg/dl e creatinina de 3,0 mg/dl. Sumário de urina com proteína ++, hemácias 20/campo e leucócitos 10/campo. Evoluiu com piora da função renal, necessitando de diálise. FAN, ANCA e sorologias virais negativas. C3 e C4 diminuídos. Ultrassonografia com rins de dimensões preservadas, sem alterações do parênquima. Uma biópsia renal foi realizada (figura abaixo).



Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 4)

O diagnóstico mais provável é:

- A) Nefrite intersticial aguda.
 - B) Ateroembolismo por colesterol.
 - C) Glomerulonefrite pós-infecciosa.
 - D) Glomerulonefrite crescêntica pauci-imune.
18. Paciente feminina, 25 anos, apresenta-se para consulta médica com queixas de disúria há dois dias e polaciúria e urgência urinária nas últimas 12 horas. Tem história de infecções urinárias prévias, duas por ano. Nega dor lombar e febre. Tem vida sexual ativa. O diagnóstico mais provável e a conduta indicada nesse caso clínico são:
- A) Cistite aguda complicada; solicitar sumário de urina e cultura e iniciar ciprofloxacina por 7 dias.
 - B) Pielonefrite aguda subclínica; solicitar sumário de urina e cultura e iniciar ciprofloxacina 14 dias.
 - C) Cistite aguda recorrente; solicitar sumário de urina e cultura e iniciar quimioprofilaxia com nitrofurantoína.
 - D) Cistite aguda; não é necessário solicitar sumário de urina e cultura, mas iniciar sulfametoxazol/trimetoprim por três dias.
19. Paciente feminina, 62 anos, nefropatia diabética, em diálise peritoneal há 2 anos. Nos exames laboratoriais de rotina, apresenta: Hb 12g/dl, Glicose 130 mg/dl, Albumina 3,5 g/dl, Cálcio 11,5 mg/dl, Fósforo 6,5mg/dl, PTH 100 pg/ml. Uma densitometria óssea realizada revelou densidade óssea reduzida. Diante desse quadro clínico e laboratorial, qual a doença óssea mais provável?
- A) Osteomalacia.
 - B) Osteíte fibrosa.
 - C) Doença adinâmica.
 - D) Osteopatia alumínica.
20. Paciente do sexo masculino, 30 anos, nefrite familiar, em diálise peritoneal há 3 anos, com 4 trocas diárias. Não tem diurese residual. Vem evoluindo com sobrecarga hídrica, tendo realizado teste de equilíbrio peritoneal, com diagnóstico de falha de ultrafiltração do tipo I. Que medida deve ser instituída para melhorar a taxa de ultrafiltração?
- A) Aumentar o tempo de permanência.
 - B) Transferir de imediato para hemodiálise.
 - C) Aumentar a tonicidade da solução de diálise.
 - D) Utilizar icodextrina na troca noturna do CAPD.