



HOSPITAL DE  
**CLÍNICAS**  
PORTO ALEGRE RS

**MISSÃO INSTITUCIONAL**

*Prestar assistência de excelência e referência com responsabilidade social, formar recursos humanos e gerar conhecimentos, atuando decisivamente na transformação de realidades e no desenvolvimento pleno da cidadania.*

# CADERNO DE QUESTÕES

## EDITAL 02/2010 DE PROCESSOS SELETIVOS

### PS 23 - MÉDICO I

### Nefrologia

Nome do Candidato: \_\_\_\_\_

Inscrição nº: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_



## HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

### EDITAL Nº 02/2010 DE PROCESSOS SELETIVOS

#### GABARITO APÓS RECURSOS

##### PROCESSO SELETIVO 23

##### MÉDICO I - Nefrologia

01.	D	11.	C	21.	D
02.	D	12.	B	22.	B
03.	A	13.	A	23.	C
04.	B	14.	D	24.	ANULADA
05.	E	15.	E	25.	C
06.	C	16.	B		
07.	D	17.	E		
08.	B	18.	C		
09.	A	19.	D		
10.	B	20.	C		



HOSPITAL DE  
**CLÍNICAS**  
PORTO ALEGRE RS

# INSTRUÇÕES

- ❶ Verifique se este CADERNO DE QUESTÕES corresponde ao Processo Seletivo para o qual você está inscrito. Caso não corresponda, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
- ❷ Esta PROVA consta de **25** (vinte e cinco) questões objetivas.
- ❸ Caso o CADERNO DE QUESTÕES esteja incompleto ou apresente qualquer defeito, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
- ❹ Para cada questão objetiva, existe apenas **uma** (1) alternativa correta, a qual deverá ser assinalada com caneta esferográfica, de tinta azul, na FOLHA DE RESPOSTAS.
- ❺ Preencha com cuidado a FOLHA DE RESPOSTAS, evitando rasuras. Eventuais marcas feitas nessa FOLHA, a partir do número 26, serão desconsideradas.
- ❻ Durante a prova, não será permitida ao candidato qualquer espécie de consulta a livros, códigos, revistas, folhetos ou anotações, nem será permitido o uso de telefone celular, transmissor/receptor de mensagem ou similares e calculadora.
- ❼ Ao terminar a prova, entregue a FOLHA DE RESPOSTAS ao Fiscal da sala.
- ❽ A duração da prova é de **duas (2) horas e 30 (trinta) minutos**, já incluído o tempo destinado ao preenchimento da FOLHA DE RESPOSTAS. Ao final desse prazo, a FOLHA DE RESPOSTAS será **imediatamente** recolhida.
- ❾ O candidato somente poderá retirar-se do recinto da prova após transcorrida uma (1) hora do seu início.
- ❿ A desobediência a qualquer uma das recomendações constantes nas presentes instruções poderá implicar a anulação da prova do candidato.

**Boa Prova!**



**01.** Assinale a alternativa que apresenta resultado característico de imunofluorescência do rim em um quadro de glomerulonefrite rapidamente progressiva crescêntrica, com presença de anticorpo antimembrana basal glomerular, imunocomplexos circulantes ou anticorpo anticitoplasma de neutrófilos.

- (A) Depósitos lineares de IgG e C3, depósitos granulares de IgA em alça capilar, depósitos de múltiplas imunoglobulinas e complemento.
- (B) Depósitos lineares de IgG, imunofluorescência pauci imune, depósitos granulares de IgM, IgG e C3.
- (C) Ausência de depósitos na imunofluorescência, depósitos lineares de IgG e IgM, depósitos de C1q em alças capilares.
- (D) Depósitos lineares de IgG, depósitos granulares de múltiplas imunoglobulinas e complemento, imunofluorescência pauci imune.
- (E) Depósitos lineares de IgG, ausência de depósitos na imunofluorescência, depósitos granulares de IgA no mesângio.

**02.** Considere os seguintes quadros de nefropatia por IGA.

- I - Paciente com perda avançada de função renal (creatinina > 3,0 mg/dl) e proteinúria  $\geq$  1,0 g/24 horas, sem resposta ao uso de IECA e/ou BRA.
- II - Paciente com função renal normal, microhematúria e proteinúria < 1,0 g/24 horas.
- III- Pacientes com função renal normal ou levemente alterada, proteinúria  $\geq$  1,0 g/24 horas, sem resposta ao uso de IECA e/ou BRA.
- IV- Paciente com função renal normal ou levemente alterada, proteinúria  $\geq$  3,0 g/24 horas.
- V - Paciente com surtos recorrentes de macro-hematúria associados a infecções, independente da função renal e nível de proteinúria.

Para quais casos acima existem evidências do benefício de corticosteroides, considerando o risco de progressão para doença renal crônica terminal?

- (A) Apenas I e III.
- (B) Apenas II e IV.
- (C) Apenas II e V.
- (D) Apenas III e IV.
- (E) Apenas IV e V.

**03.** A biópsia renal do "rim do mieloma" mostra predomínio de lesões túbulo-intersticiais e depósitos intratubulares da proteína monoclonal. Tendo em vista esse quadro, considere as condições abaixo.

- I - doença de depósito de cadeias leves, com predomínio de kappa
- II - deposição de crioprecipitados por crioglobulinemia
- III- deposição de proteína amiloide do tipo AL, com predomínio de lambda
- IV- deposição de trombos de fibrina por microangiopatia trombótica
- V - deposição de proteína amiloide do tipo AA, por amiloidose secundária

Quais dessas condições são mais frequentemente associadas às lesões referidas em casos de disproteinemias, quando existe comprometimento glomerular por depósitos resultando em proliferação mesangial ou glomeruloesclerose nodular?

- (A) Apenas I e III.
- (B) Apenas II e IV.
- (C) Apenas II e V.
- (D) Apenas III e IV.
- (E) Apenas IV e V.

**04.** Uma paciente de 28 anos apresenta infecção urinária recorrente por *E. coli*. Informou que usa diafragma como método contraceptivo. Já apresentou três episódios de pielonefrite aguda e fez investigação de imagem do trato urinário, a qual resultou normal. Tendo em vista esse quadro, considere os seguintes fatores de virulência bacteriana.

- I - adesão da *E. Coli* a receptores do uroepitélio por fímbrias tipo II manose resistentes
- II - adesão da *E. Coli* a receptores do uroepitélio por fímbrias tipo I manose sensíveis
- III- produção de hemolisinas e aerobactina
- IV - produção da enzima urease com formação de amônio e CO<sub>2</sub> e urina alcalina

Quais poderiam explicar o quadro clínico relatado?

- (A) Apenas I e II.
- (B) Apenas I e III.
- (C) Apenas II e IV.
- (D) Apenas III e IV.
- (E) Apenas II, III e IV.

**05.** Um paciente de 62 anos com seqüela de trauma raqui-medular e sonda vesical de demora foi consultar o seu nefrologista, apresentando o resultado de uma urocultura com *Klebsiella sp* > 10<sup>5</sup> UFC/ml da semana anterior. O médico resolveu prescrever antibiótico por considerar uma situação de risco para bacteremia e sepse urinária. Assinale a afirmação correta a respeito da conduta adotada pelo médico.

- (A) A conduta está correta, pois existe risco associado de maior morbimortalidade.
- (B) A conduta não está correta, pois deve-se repetir a urocultura pensando em contaminação pelo cateter.
- (C) A conduta está correta, pois o paciente apresenta bexiga neurogênica disfuncional.
- (D) A conduta está correta, pois deve-se tratar o paciente por 10 dias com base no antibiograma.
- (E) A conduta não está correta, pois deve-se prescrever tratamento somente se o paciente desenvolver episódio sintomático febril.

**06.** Sintomas urinários de cistite (tais como disúria, polaciúria e urgência miccional) podem estar presentes no paciente com cálculo no trato urinário. Considerando que o paciente não tenha infecção urinária, assinale a alternativa que melhor sugere a localização do cálculo no trato urinário que pode simular um quadro de cistite.

- (A) papila renal
- (B) pelve renal
- (C) junção uretero-vesical
- (D) terço médio do ureter
- (E) uretra

**07.** Considere as afirmações abaixo em relação à hipercalcúria idiopática, principal causa de litíase renal.

- I - O paciente é hipercalcêmico.
- II - A excreção de cálcio, na urina de 24 horas, é maior do que 4mg/kg.
- III- Esse quadro pode estar presente em 50% dos pacientes com cálculo renal.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas I e II.
- (C) Apenas I e III.
- (D) Apenas II e III.
- (E) I, II e III.

**08.** Considere os itens abaixo.

- I - aumento do débito cardíaco
- II - reatividade arteriolar a diferentes substâncias vasoconstritoras
- III- sistema nervoso autonômico

Quais podem estar associados à elevação da pressão arterial por estimulação causada pelo excesso de sódio corporal total e aumento de volume extracelular?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas I e II.
- (C) Apenas I e III.
- (D) Apenas II e III.
- (E) I, II e III.

**09.** Considere as seguintes condições de hipertensão arterial.

- I - hipertensão maligna
- II - hipertensão renovascular
- III- hipertensão limítrofe
- IV - hipertensão sistólica
- V - hipertensão no feocromocitoma

Quais têm como principal causa a hiperreatividade do sistema renina-angiotensina?

- (A) Apenas I e II.
- (B) Apenas I e III.
- (C) Apenas II e IV.
- (D) Apenas II e V.
- (E) Apenas I, II e IV.

**10.** Considere as seguintes afirmações em relação à hipertensão arterial renovascular.

- I - A assimetria renal (diferença de tamanho entre os dois rins) deve ser de pelo menos 1,5cm no eixo longitudinal.
- II - Pode ocorrer queda pressórica acentuada com o início do uso de inibidores da enzima de conversão da angiotensina.
- III- A intervenção endovascular ou cirúrgica é atualmente indicada na maioria dos casos.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas I e II.
- (C) Apenas I e III.
- (D) Apenas II e III.
- (E) I, II e III.

**11.** Um paciente de 55 anos, sem história prévia significativa, com função renal normal (creatinina 0,7mg/dL), apresenta potássio sérico de 6,2mEq/l. Nesse caso, o mecanismo fisiopatológico mais provável da hiperpotassemia é

- (A) o aumento de reabsorção de potássio na alça de Henle.
- (B) o abuso dietético.
- (C) a diminuição da secreção de potássio no túbulo coletor.
- (D) a diminuição da secreção de potássio no túbulo proximal.
- (E) a diminuição da filtração de potássio.

**12.** Um paciente hiperventilando apresenta os seguintes resultados: bicarbonato 9mEq/L, sódio 140mEq/L, cloro 116mEq/L. Assinale a alternativa que apresenta as causas mais prováveis dessa situação.

- (A) Insuficiência renal ou intoxicação por aspirina.
- (B) Ureteroileostomia com obstrução parcial ou nefrite túbulo-intersticial.
- (C) Choque séptico ou choque cardiogênico.
- (D) Distúrbio misto ou cetoacidose diabética.
- (E) Reposição maciça de cloro ou acidose láctica.

**13.** Um paciente idoso, internado por taquicardia supraventricular que foi rapidamente revertida com fármacos, apresenta exames bioquímicos normais, exceto sódio de 128mEq/l. Foi medicado com 1000mL de solução fisiológica e, no dia seguinte, o sódio era 125mEq/l. O paciente permanecia sem sintomas. Qual a conduta mais apropriada nesse caso?

- (A) Restrição hídrica.
- (B) Infusão de mais 1.000ml de solução fisiológica.
- (C) Infusão de 500ml de solução de NaCl 3%.
- (D) Uso de diurético tiazídico.
- (E) Diálise.

**14.** Na avaliação diagnóstica da hipopotassemia, deve-se levar em consideração que

- (A) a redistribuição de potássio para o espaço intracelular ocorre quando houver acidose metabólica.
- (B) pseudo-hipopotassemia é comum em situações de hiperglicemia ou hipertrigliceridemia severas.
- (C) acidose metabólica com *anion gap* normal sugere hiperaldosteronismo primário.
- (D) hiperaldosteronismo secundário a várias situações, como uso de diuréticos, estados congestivos ou estenose de artéria renal, é a principal condição que se associa a potássio urinário maior do que 20mEq/l.
- (E) fístulas intestinais ou biliares de alto débito se associam a potássio urinário maior do que 20mEq/l.

**15.** Uma paciente de 74 anos, com arteriosclerose generalizada, é internada com quadro de insuficiência renal aguda (IRA) 4 dias após realização de aortografia. No exame físico, nota-se *livedo reticularis* em membros inferiores, dedos dos pés azulados, hipocomplementemia e eosinofília. Qual o diagnóstico mais provável?

- (A) IRA por aneurisma dissecante de aorta.
- (B) IRA pós-contraste.
- (C) IRA por nefrite intersticial.
- (D) IRA por glomerulonefrite aguda crescêntica.
- (E) IRA ateroembólica.

**16.** Assinale a afirmativa **INCORRETA** quanto à terapia renal substitutiva (TRS) em pacientes com IRA.

- (A) A diálise peritoneal é utilizada em pacientes sem hipercatabolismo ou no controle da volemia na insuficiência cardíaca congestiva.
- (B) Na TRS contínua, o uso de solução salina para lavagem do sistema está indicado nos pacientes com risco de sangramento. A heparina de baixo peso molecular pode ser uma alternativa nesses casos, mesmo sem a medida da atividade anti-Fator Xa.
- (C) Em pacientes hemodinamicamente instáveis (em uso de vasopressores) e com sobrecarga de volume, podemos considerar que a TRS contínua apresenta vantagem sobre a intermitente.
- (D) A presença de alcalose metabólica, hipocalcemia ou hipernatremia não contraindicam o uso de anticoagulação regional com citrato trissódico.
- (E) A TRS é um método eficiente para remoção de fármacos ou toxinas nas intoxicações exógenas.

**17.** Considere os seguintes fatores.

- I - fator de crescimento semelhante à insulina (IGF-1)
- II - prostaglandina E2
- III- fator de crescimento plaquetário (PDGF)

Quais têm sido descritos como relacionados à hipertrofia renal em resposta à perda de massa renal?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas I e II.
- (D) Apenas I e III.
- (E) I, II e III.

**18.** Considere os seguintes quadros clínicos.

- I - neuropatia periférica
- II - náuseas e vômitos
- III- rins contraídos

Quais condições sugerem insuficiência renal de longa duração (crônica)?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas I e II.
- (C) Apenas I e III.
- (D) Apenas II e III.
- (E) I, II e III.

**19.** Considere os seguintes achados clínicos laboratoriais.

- I - dor óssea
- II - ferritina elevada
- III- aumento nas necessidades de eritropoetina

Quais são sugestivos de inflamação sistêmica em pacientes com doença renal crônica?

- (A) Apenas II.
- (B) Apenas I e II.
- (C) Apenas I e III.
- (D) Apenas II e III.
- (E) I, II e III.

**20.** Um paciente do sexo masculino, 38 anos, portador de insuficiência renal crônica secundária a nefropatia do refluxo, implantou cateter de Tenckhoff e iniciou diálise peritoneal ambulatorial contínua há uma semana, realizando quatro trocas diárias, sendo a noturna com uma solução com concentração de glicose de 4,25g%. Vem à consulta com queixas de falta de ar e edema de membros inferiores. Ao exame físico, apresenta sinais de congestão circulatória e edema de membros inferiores (+++/4). Suas anotações mostram que o volume de drenagem das bolsas de 2L com glicose a 1,5g% tem sido de 1,9L e o das bolsas de 2L com glicose a 4,25%, 2,3L. Foi realizado um teste de equilíbrio peritoneal (PET) com o resultado a seguir.

Volume de drenagem: 2,1L

Glicose na solução no tempo 0: 2,43g%

Glicose na solução no tempo 4h: 720mg%

Creatinina sérica: 13mg%

Creatinina na solução tempo 4h: 8,5g%

Com esses dados, pode-se afirmar que

- (A) o paciente tem baixa permeabilidade peritoneal e deve ser transferido para hemodiálise.
- (B) a causa mais provável da retenção hidrosalina é má adesão ao tratamento, face aos resultados do PET.
- (C) o paciente tem alta permeabilidade peritoneal e se beneficiaria de uma diminuição do tempo de permanência da solução na cavidade peritoneal.
- (D) o paciente se beneficiaria de um aumento no tempo de permanência de cada troca.
- (E) o paciente se beneficiaria de um aumento na concentração de glicose das soluções de troca.

**21.** Considere os seguintes quadros clínicos.

- I - pericardite
- II - diagnóstico ou suspeita de acidente vascular cerebral recente
- III- pós-operatório recente de cirurgia oftalmológica

Quais constituem contraindicações absolutas para heparinização de pacientes em hemodiálise?

- (A) Apenas III.
- (B) Apenas I e II.
- (C) Apenas I e III.
- (D) Apenas II e III.
- (E) I, II e III.

**22.** Paciente de 63 anos, masculino, branco, em hemodiálise há 3 anos, apresenta insuficiência renal crônica secundária a diabetes melito. Nunca recebeu transfusão sanguínea e apresenta reatividade contra painel de 0%. É submetido a transplante renal de doador falecido com 22 horas de isquemia fria. Recebe esquema imunossupressor com ciclosporina, micofenolato sódico, corticosteroides e basiliximab. O transplante transcorre sem intercorrências, porém, ao final da primeira semana, o paciente permanece em disfunção inicial do enxerto. Apresenta ecografia renal sem coleções peri-enxerto ou dilatação pielocalicial, exame comum de urina normal, urocultura negativa e nível sérico de ciclosporina em 158ng/mL. O paciente é, então, submetido a punção biópsia renal, que mostra rejeição celular aguda Banff II A. Qual das condutas abaixo é a mais adequada neste caso?

- (A) Conversão de ciclosporina para tacrolimus.
- (B) Pulsoterapia com corticosteroides.
- (C) Tratamento com anticorpos antilinfocitários policlonais (ATG).
- (D) Tratamento com anticorpos monoclonais anti-*linfócito CD3* (OKT3).
- (E) Reforço da dose de anticorpos anti IL-2R.

**Instrução:** As questões **23** e **24** referem-se ao caso clínico abaixo.

Paciente de 32 anos, feminina, negra, apresenta insuficiência renal crônica secundária a glomerulonefrite crônica. Realizou primeiro transplante renal de doador vivo relacionado (pai) aos 18 anos e perdeu função do enxerto por nefropatia crônica do enxerto após 14 anos. Durante a vigência do primeiro transplante, gestou por 3 vezes e, no período dialítico que antecedeu o 2º transplante, recebeu 2 transfusões sanguíneas. Apresenta reatividade contra painel Classe I: 60% e Classe II: 68%. A paciente é submetida ao retransplante com doador falecido, 42 anos, *causa mortis* traumatismo crânio-encefálico por atropelamento, função renal normal, sem antecedentes mórbidos e com 4 incompatibilidades HLA nos *loci* A, B e DR.

**23.** Considere os esquemas imunossupressores abaixo e escolha qual o mais adequado para a paciente acima.

- (A) Tacrolimus, micofenolato e corticosteroides.
- (B) Tacrolimus, micofenolato, corticosteroides e anticorpos anti IL-2R.
- (C) Tacrolimus, micofenolato, corticosteroide e antilinfocitários policlonais (ATG).
- (D) Rapamicina, micofenolato, corticosteroides e anticorpos anti IL-2R.
- (E) Rapamicina, micofenolato, corticosteroide e antilinfocitários policlonais (ATG).

**24.** A paciente descrita tem boa evolução após o transplante, com diurese e função imediatas, mas no 14º PO apresenta redução significativa do volume de diurese e aumento confirmado da creatinina sérica. Realiza-se uma biópsia renal, cujo principal achado é o de rejeição mediada por anticorpos. Que achado histológico **NÃO** se espera encontrar nesse contexto?

- (A) Microangiopatia trombótica.
- (B) Depósitos de C4d em capilares peritubulares.
- (C) Necrose fibrinoide.
- (D) Infiltrado por leucócitos polimorfonucleares.
- (E) Necrose tubular aguda extensa.

**25.** A pesquisa clínica de novos agentes terapêuticos em seres humanos é dividida em quatro fases. Assinale a alternativa que apresenta atributos da Fase 3.

- (A) Avaliar preliminarmente a segurança e a tolerabilidade.
- (B) Avaliar a eficácia terapêutica e a segurança.
- (C) Propiciar informações sobre efeitos colaterais ou adversos para guiar o uso clínico.
- (D) Estabelecer a incidência dos efeitos colaterais ou adversos já conhecidos.
- (E) Ser realizada após a disponibilização comercial do agente terapêutico.