

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.

EDITAL Nº 02/2006 DE PROCESSOS SELETIVOS

**PS 10 – MÉDICO
(Nefrologia)**

Nº de Inscrição

Nome do Candidato

Planejamento e Execução:



Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS

Proibida a reprodução, ainda que parcial, sem a prévia autorização da FAURGS e do HCPA.



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

EDITAL Nº 02/2006 DE PROCESSOS SELETIVOS

GABARITO APÓS RECURSOS

PROCESSO SELETIVO 10

MÉDICO (Nefrologia)

1.	A	11.	A	21.	C
2.	A	12.	A	22.	C
3.	E	13.	D	23.	A
4.	C	14.	B	24.	B
5.	D	15.	C	25.	B
6.	E	16.	E		
7.	E	17.	D		
8.	B	18.	D		
9.	D	19.	C		
10.	E	20.	B		

EDITAL Nº 02/2006 DE PROCESSOS SELETIVOS

PS 10 – MÉDICO (Nefrologia)

INSTRUÇÕES

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

01. Um paciente apresenta hiperventilação e os seguintes resultados de exames: bicarbonato 9 mEq/L, sódio 140 mEq/L, cloro 111 mEq/L.

Considerando esse tipo de distúrbio, analise as seguintes situações.

- I - Insuficiência renal associada à nefrite túbulo-intersticial.
- II - Ureteroileostomia com obstrução parcial.
- III - Acidose metabólica mais alcalose metabólica.

Quais mais provavelmente são responsáveis pelo distúrbio descrito?

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

02. O tratamento genérico da alcalose metabólica na maioria das vezes requer

- (A) reposição de potássio.
- (B) reposição de fósforo.
- (C) reposição de cloro.
- (D) administração de ácido clorídrico.
- (E) reposição de volume se o cloro urinário for maior do que 20 mEq/L.

03. Em um paciente com função renal de depuração normal, o mecanismo mais provável de causa de hipopotassemia é

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

04. Qual dos fatores abaixo tende a aumentar o cálcio sérico?

- (A) Diurético de alça.
- (B) Glicocorticóides.
- (C) Hormônio tireóideo.
- (D) Acidose metabólica.
- (E) Insuficiência renal crônica.

05. Considere as seguintes doenças sistêmicas.

- I - Lúpus eritematoso sistêmico.
- II - Nefrite intersticial aguda.
- III - Infecção por HIV.

Quais causam síndrome nefrótica?

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

06. Paciente masculino, 50 anos, branco, aposentado, hospitaliza com edema iniciado há quatro meses. Nega história familiar de glomerulopatia, hipertensão, edema ou hematuria no passado. Nega, ainda, uso de drogas, sintomas sistêmicos, febre, emagrecimento e outros. Exame clínico: edema MsIs +, ascite TA: 130/80 mmHg; peso: 68 kg e altura: 178 cm. Exames do aparelho respiratório e cardiovascular normais. Antígenos virais não-reagentes. FAN, anti-DNA, C3 e C4 normais. Glicemia: 89 mg/dL. Exame comum de urina: proteínas +++++, 10 eritrócitos e 1 leucócito/campo, 2 cilindros hialinos e 1 granuloso. Creatinina: 1,0 mg/dL, albumina, 3,2 g/dL, colesterol total: 180 mg/dL. Amostra de urina matinal: proteína de 300 mg/dL e creatinina de 160 mg/dL. Raio X de tórax, ecografia do abdome, exame de próstata e antígeno prostático normais. Ecografia renal: rim direito: 13,0 cm e rim esquerdo: 13,1 cm. Microscopia ótica: "12 glomérulos com espessamento uniforme, global e difuso da membrana basal". Sem alterações túbulo-intersticiais. Imunofluorescência: depósitos granulares de IgG e C3 ao longo da membrana basal.

Qual opção terapêutica inicial tem melhor evidência nesse caso?

- (A) Ciclosporina na dose de 4 mg/kg/dia por quatro a seis meses.
- (B) Prednisona na dose de 2 mg/kg/48 horas por sessenta dias.
- (C) Prednisona (meses 1, 3 e 5) alternada com clo-rambucil (meses 2, 4 e 6).
- (D) Micofenolato na dose de 1 a 1,5 g por dia por seis meses.
- (E) Inibidor da enzima conversora da angiotensina.

07. Mulher de 38 anos consulta por edema de MsIs há seis meses. A paciente faz revisões com seu Médico Assistente uma vez ao ano e não há relato de diabetes, hipertensão, neoplasia ou outra patologia. Teve duas gestações no passado, com pré-natal e partos sem alterações. Nega história familiar de hipertensão ou nefropatia. Nega edema no passado. Usa ibuprofeno e diurético raramente. O exame físico mostra: edema + MsIs; PA: 125/70. Exames iniciais: creatinina: 1,1 mg/dL, exame de urina: proteína: +, eritrócitos: 3/C, leucócitos: 5/C. Proteína e creatinina em amostra matinal de urina, respectivamente, 20 mg/dL e 120 mg/dL. Glicemia: 98 mg/dL.

Com base nos dados acima, é correto afirmar que

- (A) a paciente tem proteinúria nefrótica.
- (B) a paciente tem síndrome nefrítica.
- (C) a paciente provavelmente tem nefropatia diabética.
- (D) a paciente deve ser submetida a biópsia renal.
- (E) o edema não tem origem renal.

08. Paciente feminina, 26 anos, branca, doméstica, consulta por ter descoberto proteinúria, hematúria e creatinina elevada em exames de rotina. Sem história familiar de nefropatia ou hipertensão. Gesta: 0. Nega o uso de drogas ilícitas ou outras medicações. Exame físico: normal. PA: 130/80 mmHg; peso: 65 kg altura: 155 cm. Exames: creatinina: 1,6 mg/dL, exame de urina: proteína: +++++, eritrócitos: 15/C, leucócitos: 7/C. Cilindros hialinos e granulados. Albumina: 3,8 g/dL. Colesterol: 210 mg/dL. Triglicerídeos: 100 mg/dL. Hemograma normal. FAN, anti-DNA, C3 e C4: normais. Glicemia: 90 mg/dL. Proteinúria de 24 horas/1,73 m²: 3,5 gramas e relação proteína/creatinina: 3,8. Antígenos virais negativos. Ecografia renal: RE: 11,0 cm, RD: 12,5 cm. Cintilografia com DMSA: RE: 15% RD: 26%. Uretrocistografia normal. Trouxe biópsia renal realizada em outro hospital que mostra na microscopia ótica: "Amostra com 15 glomerulos; 5 com esclerose segmentar, 3 com esclerose global". Alterações túbulo-intersticiais moderadas". Imunofluorescência negativa em um glomérulo.

Qual das condutas abaixo é a mais indicada nesse caso?

- (A) Usar prednisona na dose de 1 mg/kg/dia por quatro meses e avaliar resposta.
- (B) Usar inibidor da enzima de conversão da angiotensina.
- (C) Usar prednisona na dose de 2 mg/kg/48 horas por quatro meses e avaliar resposta.
- (D) Usar ciclosporina na dose de 4 mg/kg/dia por quatro a seis meses.
- (E) Usar micofenolato 1 g por seis meses.

09. A contaminação bacteriana no exame cultural de urina é provável quando

- I - ocorrem baixas contagens bacterianas, crescimento de mais de um germe e ausência de alteração do trato urinário.
- II - a paciente apresenta-se sintomática, com crescimento de *Escherichia coli* 10.000 UFC.
- III - ocorre o crescimento de bactérias como *Streptococcus* alfa-hemolítico, lactobacilos e *Gardnerella*.

Quais afirmações estão corretas?

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

10. Considere as seguintes afirmações.

- I - A frequência de infecção urinária aumenta com a idade tanto em pacientes do sexo masculino como do feminino.
- II - Diagnóstico por imagem está indicado na avaliação de pacientes com infecção urinária complicada.
- III - Bacteriúria assintomática pode ser definida como uma contagem igual ou superior a 100.000 UFC em duas culturas com o mesmo germe, na ausência de sintomas.

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. A presença de disúria, urgência urinária e polaciúria podem estar presentes no paciente com cálculo renal localizado em

- (A) junção ureterovesical.
- (B) ureter proximal.
- (C) pelve renal.
- (D) bexiga.
- (E) uretra.

12. A orientação dietética mais adequada para paciente portador de cálculo renal de oxalato de cálcio, com diagnóstico de hipercalcúria idiopática como principal alteração metabólica, é

- (A) dieta normal em cálcio e restrição de proteínas e sódio.
- (B) dieta normal em cálcio, com aumento da ingestão de proteínas e sódio.
- (C) dieta normal em sódio, aumento da ingestão de cálcio e redução de proteínas.
- (D) restrição de cálcio e ingestão normal de sódio e proteínas.
- (E) restrição de sódio, cálcio e proteínas.

13. Em relação ao manejo da IRA, é correto afirmar que

- (A) não há papel para a biópsia renal na abordagem diagnóstica.
- (B) diuréticos de alça devem ser sempre tentados em pacientes normo- ou hipervolêmicos.
- (C) o uso de dopamina em "doses renais" é bem indicado em pacientes normo- ou hipervolêmicos.
- (D) hiperosmolaridade e disfunção tubular podem ser responsáveis pela fase poliúrica e podem retardar a recuperação da função renal em pacientes não-adequadamente manejados.
- (E) a dieta hipoprotéica é utilizada para manter os níveis de uréia em parâmetros aceitáveis, quando houver necessidade de diálise.

14. Paciente masculino, 65 anos, hipertenso em uso de diurético tiazídico, refere tonturas, mal-estar, náuseas e aparecimento de fezes negras e diarreicas, com evolução de 24 horas. Ao exame, está pálido, tem pulsos fracos e sua pressão arterial é 110/60 mmHg em posição deitada e 90/50 mmHg, sentada. A investigação laboratorial mostrou hemoglobina de 9,5 g/dL, uréia de 180 mg%, creatinina de 2,5 mg%. Apresentava exames normais há seis meses e, afora a hipertensão, era aparentemente hígido e não usava outras drogas.

No diagnóstico diferencial da insuficiência renal, é importante considerar, nesse caso, que

- (A) a presença de anemia sugere doença renal crônica.
- (B) o sedimento urinário sem cilindros, sem hematúria e sem *debris* celulares tornaria menos provável a hipótese de necrose tubular aguda.
- (C) a relação uréia-creatinina é decisiva na elaboração diagnóstica.
- (D) o quadro clínico sugere fortemente insuficiência renal aguda pré-renal, o que torna desnecessária a realização de ecografia para afastar causas obstrutivas.
- (E) é fundamental confirmar o diagnóstico etiológico com biópsia renal em razão da gravidade da situação.

15. É reconhecido que o adequado controle da pressão arterial de pacientes portadores de doença renal crônica (DRC) representa a medida de maior impacto na redução da perda progressiva da função renal.

Em relação a isso, pode-se afirmar que a pressão arterial deve ser mantida abaixo de

- I - 140/90 mmHg em pacientes com DRC e proteinúria menor do que 1 g/24h.
- II - 130/85 mmHg em pacientes com nefropatia diabética e DRC, independente dos níveis de proteinúria.
- III - 125/75 mmHg em pacientes com DRC e proteinúria maior do que 1 g/24h.

Quais estão corretas?

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

16. Considere os seguintes achados.

- I - Poliúria
- II - Anemia
- III - Intolerância a carboidratos

Quais constituem manifestações clínicas da síndrome urêmica?

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

17. Considere os seguintes achados.

- I - PTH sérico > 500
- II - Alumínio sérico > 200
- III - Prurido intratável
- IV - Calcifilaxia

Em um paciente com hiperparatireoidismo, quais são indicações de paratireoidectomia na IRC?

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

18. Com relação à colocação de *stent* nas artérias renais de pacientes com lesões estenosantes, hipertensão renovascular e/ou nefropatia isquêmica e creatinemia normal, assinala, nos parênteses, para cada situação apresentada, **S** (sim) ou **N** (não).

- () Estenose inelástica que não pode ser reduzida em, pelo menos, 50% pela angioplastia.
- () Caso que, além do *stent*, necessita de procedimento cirúrgico vascular ulterior na vasculatura renal.
- () Reestenose de lesão anteriormente angioplastada.

A seqüência correta de preenchimento dos parênteses, de cima para baixo, é

- (A) S – N – S.
- (B) S – N – N.
- (C) N – S – N.
- (D) N – N – S.
- (E) N – N – N.

19. O sítio recomendado para a colocação de cateter para via de acesso temporário para hemodiálise é a veia

- (A) subclávia direita.
- (B) subclávia esquerda.
- (C) jugular interna direita.
- (D) jugular interna esquerda.
- (E) femoral direita ou esquerda.

20. São consideradas contra-indicações absolutas para o uso de heparina durante o procedimento hemodialítico:

- (A) pós-operatório de cirurgia oftalmológica, acidente vascular cerebral recente e pericardite.
- (B) pós-operatório de cirurgia oftalmológica, acidente vascular cerebral recente e sangramento ativo.
- (C) pós-operatório imediato de cirurgia de baixo risco, acidente vascular cerebral recente e sangramento ativo.
- (D) mulheres durante o período menstrual, acidente vascular cerebral recente e sangramento ativo.
- (E) mulheres durante o período menstrual, pericardite e acidente vascular cerebral recente.

21. Em relação à síndrome do desequilíbrio em hemodiálise está **INCORRETO** afirmar que

- (A) sua prevalência diminui com o uso de soluções de diálise com Na entre 138 e 140 mEq/L.
- (B) é caracterizada por cefaléia, confusão mental, câimbras e vômitos, podendo levar a convulsões.
- (C) pode ser evitada com o uso de difenil-hidantoína.
- (D) pode ser prevenida com o uso de diálise mais lenta.
- (E) deve ser feito diagnóstico diferencial com hematoma subdural.

22. Considere as seguintes afirmações em relação à prova cruzada (*cross-match*) pré-transplante renal.

- I - Determina a presença de anticorpos anti-HLA no soro do receptor dirigidos contra antígenos do doador.
- II - Depende da presença de moléculas de coestimulação.
- III - Sua sensibilidade é aumentada pela adição de antiglobulina humana.

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.

23. Em relação aos mecanismos das drogas imunossupressoras, assinale a afirmativa correta.

- (A) O *Sirolimus* bloqueia as vias de ativação subsequentes à interação da IL2 - IL2R.
- (B) Os anticorpos anti-IL2-R – Basiliximab e Daclizumab –, ao interagirem com o IL2-R, produzem ativação celular e expansão clonal que são seguidas de morte celular pós-ativação.
- (C) Os inibidores da calcineurina inibem a expressão do receptor da IL2 na superfície das células T imunoativadas.
- (D) *Sirolimus* e *Tacrolimus* ligam-se ao mesmo ligante intracitoplasmático produzindo inibição da ação da calcineurina.
- (E) A globulina antitimocitária bloqueia seletivamente o receptor CD3 da superfície dos linfócitos T.

Instrução: Considere o seguinte caso para responder às questões de números 24 e 25.

Um paciente de 37 anos, portador de glomerulopatia primária de etiologia não estabelecida, foi submetido a transplante renal com doador cadáver. A imunossupressão iniciada no momento do transplante consistiu de combinação de prednisona, ciclosporina e micofenolato mofetil. A cirurgia do transplante transcorreu sem intercorrências e obteve-se diurese e função iniciais. A sonda vesical foi retirada no sétimo PO. No oitavo PO a creatinina sérica chegou a 1,6 mg/dL, permanecendo nesse nível até o 12º PO. No 13º dia PO, constatou-se diminuição da diurese e aumento da creatinina para 2,1 mg/dL com aumento proporcional da uréia. Os exames confirmatórios no mesmo dia, à tarde, mostraram a creatinina em 2,3 mg/dL e o paciente foi submetido a uma biópsia renal que revelou um quadro histopatológico de rejeição aguda compatível com a classificação Banff IIB, sendo o paciente tratado com anticorpos monoclonais anti-CD3, 5 mg/dia, por dez dias. O paciente obteve alta hospitalar após cinco dias, com boa função do enxerto (creatinina 1,6 mg/dL). Após oito semanas, ele se apresenta na Emergência com quadro de febre (38,5 °C), adinamia e diminuição da diurese. Os exames laboratoriais revelaram aumentos de creatinina (para 2,0 mg/dL), leucopenia e plaquetopenia.

24. Qual é o diagnóstico mais provável neste momento?

- (A) Rejeição aguda.
- (B) Infecção citomegálica ativa.
- (C) Nefrotoxicidade por ciclosporina.
- (D) Síndrome hemolítico-urêmica pós-transplante renal.
- (E) Pielonefrite aguda.

25. No caso descrito anteriormente, após a coleta de exames laboratoriais confirmatórios da hipótese diagnóstica, qual seria a conduta mais apropriada?

- (A) Tratar a rejeição aguda com pulsoterapia.
- (B) Usar ganciclovir endovenoso.
- (C) Diminuir a dose de ciclosporina.
- (D) Iniciar antibioticoterapia de amplo espectro.
- (E) Fazer uma biópsia renal para a confirmação do diagnóstico.

