

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

EDITAL N.º 02/2014 DE PROCESSOS SELETIVOS

GABARITO APÓS RECURSOS

PROCESSO SELETIVO 45

MÉDICO I (Nefrologia)

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

CADERNO DE QUESTÕES



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.

EDITAL N.º 02/2014 DE PROCESSOS SELETIVOS

PS 45 - MÉDICO I (Nefrologia)

Nome do Candidato: _____

Inscrição n.º: _____



INSTRUÇÕES



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

- 1 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.
- 2 Esta PROVA consta de **25** (vinte e cinco) questões objetivas.
- 3 Caso o CADERNO DE QUESTÕES esteja incompleto ou apresente qualquer defeito, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
- 4 Para cada questão objetiva, existe apenas **uma** (1) alternativa correta, a qual deverá ser assinalada na FOLHA DE RESPOSTAS.
- 5 Os candidatos que comparecerem para realizar a prova **não deverão** portar armas, malas, livros, máquinas calculadoras, fones de ouvido, gravadores, *paggers*, *notebooks*, **telefones celulares**, *pen drives* ou quaisquer aparelhos eletrônicos similares, nem utilizar véus, bonés, chapéus, gorros, mantas, lenços, aparelhos auriculares, próteses auditivas, óculos escuros, ou qualquer outro adereço que lhes cubra a cabeça, o pescoço, os olhos, os ouvidos ou parte do rosto. **Os relógios de pulso serão permitidos, desde que permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.** (conforme subitem 7.10 do Edital de Abertura)
- 6 O candidato deverá responder a Prova Escrita, utilizando-se, preferencialmente, de caneta esferográfica de tinta azul. Não será permitido o uso de lápis, marca textos, lapiseira/grafite e/ou borracha durante a realização da prova.
- 7 Preencha com cuidado a FOLHA DE RESPOSTAS, evitando rasuras. Eventuais marcas feitas nessa FOLHA, a partir do número **26**, serão desconsideradas.
- 8 Ao terminar a prova, entregue a FOLHA DE RESPOSTAS ao Fiscal da sala.
- 9 A duração da prova é de **duas horas e meia (2h30min)**, já incluído o tempo destinado ao preenchimento da FOLHA DE RESPOSTAS. Ao final desse prazo, a FOLHA DE RESPOSTAS será **imediatamente** recolhida.
- 10 O candidato somente poderá se retirar da sala de prova uma hora (1h) após o seu início. Se quiser levar o Caderno de Questões da Prova Escrita Objetiva, o candidato somente poderá se retirar da sala de prova uma hora e meia (1h30min) após o início. O Candidato não poderá anotar/copiar o gabarito de suas respostas de prova.
- 11 Após concluir a prova e se retirar da sala de prova, o candidato somente poderá se utilizar de sanitários nas dependências do local de prova, se for autorizado pela Coordenação do Prédio e estiver acompanhado de um fiscal. (conforme subitem 7.15.6 do Edital de Abertura)
- 12 A desobediência a qualquer uma das recomendações constantes nas presentes instruções poderá implicar a anulação da prova do candidato.

Boa prova!

01. Paciente feminina, de 62 anos, previamente hígida, apresenta-se na sala de Emergência com quadro de tosse e hemoptise, dispneia e fadiga recentes. Há 48 horas observou diminuição do volume urinário. Estava hipertensa na chegada. O laboratório revelou hematúria, anemia (hemoglobina 8,2 g/dL), índice proteinúria/creatininúria de 1,3, e creatinina sérica de 4,9 mg/dL. O Rx de tórax mostrou infiltrado pulmonar bilateral, e a ecografia, rins de tamanho normal. Foi solicitado o Anticorpo Anti-Citoplasma de Neutrófilo (ANCA), considerando-se a hipótese de síndrome pulmão-rim por vasculite sistêmica. Está indicada a biópsia renal para essa paciente?

- (A) Não, se o resultado do ANCA for positivo e com título > 1:80.
- (B) Posteriormente, como último recurso diagnóstico.
- (C) O quadro clínico é típico e pode-se prescindir da biópsia renal.
- (D) Não, pois corticosteroide e plasmaferese estão indicados em qualquer tipo de vasculite com insuficiência renal.
- (E) Sim, para definir o diagnóstico de glomerulonefrite crescêntica e iniciar tratamento imunossupressor específico.

02. Na glomerulonefrite membranosa (GNM), o antígeno alvo, situado na camada subepitelial da membrana basal glomerular, tem sido investigado há décadas. Mais recentemente, foram identificados, na maior parte dos pacientes com GNM primária, anticorpos dirigidos a um antígeno específico denominado

- (A) receptor da fosfolipase A2 tipo M.
- (B) megalina.
- (C) endopeptidase neutra.
- (D) complexo de ataque a membrana (C5b-9).
- (E) Fx1a.

03. A quantidade de diálise oferecida aos pacientes em tratamento hemodialítico é medida usando-se o Kt/V. Em 2006, foram publicadas recomendações (K-DOQI) estabelecendo que a dose mínima de diálise deve equivaler a um Kt/V=1,2, sendo o alvo terapêutico um Kt/V=1,4.

Assinale abaixo o que **NÃO** é recomendado para pacientes com Kt/V persistentemente abaixo de 1,2.

- (A) Avaliar o acesso vascular e seu uso adequado.
- (B) Prescrever uso de dialisador de alto fluxo.
- (C) Revisar a técnica de coleta de amostras para determinação de ureia pré e pós-diálise.
- (D) Aumentar o tempo efetivo de tratamento.
- (E) Aumentar o fluxo de dialisado de 500 mL/min para 800 mL/min.

04. Paciente feminina, 24 anos, chega à Emergência torporosa, dispneica, hiperventilando. Não tem história prévia significativa, exceto cistites de repetição, desde a infância. A revisão de sistemas obtida com familiares não mostrou sintomas relevantes. Vem urinando bem, não apresenta sintomas miccionais e a urina está clara. Seus exames iniciais mostram:

pH 7,30; pCO₂ 17 mmHg; [HCO₃⁻] 8 mEq/L; Na 142 mEq/L; K 2,9 mEq/L; Cl 122 mEq/L; creatinina 1,2 mg/dL; ureia 70 mg/dL.

Com base nessas informações, assinale a alternativa correta.

- (A) A prioridade terapêutica é repor bicarbonato.
- (B) A paciente necessita de diálise.
- (C) A primeira medida deve ser reposição volêmica com solução fisiológica.
- (D) A paciente necessita de intubação orotraqueal para adequar a ventilação.
- (E) A paciente apresenta disfunção tubular.

05. Quanto ao tratamento da bacteriúria assintomática, considere as situações abaixo.

- I - Antes de cirurgia urológica ou manipulação do trato urinário
- II - Gestantes
- III - Paraplégicos com necessidade de sondagem vesical de alívio

Em quais das situações é correta a indicação de tratamento?

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

06. Após 6 meses de tratamento com inibidor da enzima conversora da angiotensina e controle ideal da pressão arterial, paciente com diagnóstico de Nefropatia por IgA apresenta proteinúria de 24 horas de 2,3 g. Nesse momento, sua taxa de filtração glomerular foi estimada em 74 mL/min/1,73 m². A próxima etapa do manejo terapêutico desse paciente, visando impedir a progressão da doença, é

- (A) iniciar ciclofosfamida oral e manter por 3 meses.
- (B) iniciar ômega-3 (óleo de peixe) e manter por 12 meses.
- (C) iniciar micofenolato mofetil e manter por 6 meses.
- (D) iniciar corticosteroide e manter por 6 meses.
- (E) associar bloqueador do receptor da angiotensina.

07. Os distúrbios do metabolismo mineral e ósseo iniciam precocemente no curso da doença renal crônica. Com relação a isso, marque com **V** (verdadeiro) ou **F** (falso) as afirmações abaixo.

- () O fator de crescimento de fibroblastos 23 (FGF-23) é sintetizado pelos osteoblastos e promove aumento da excreção renal de fósforo e inibição da enzima 1 α -hidroxilase renal.
- () Paciente com doença renal crônica, em hemodiálise há mais de 2 anos, com níveis de hormônio da paratireoide de 350 pg/mL, fosfatase alcalina normal, cálcio e fósforo elevados, apresenta hiperparatireoidismo secundário, caracterizado por aumento da reabsorção óssea e inibição da formação óssea.
- () O cinacalcete age como um ativador alostérico do receptor sensor de cálcio, situado nas células da paratireoide, aumentando a sensibilidade da glândula aos níveis de cálcio sérico, com consequente redução da síntese e secreção do hormônio paratireoideo.
- () Hipercalcemia por aumento da absorção intestinal de cálcio é um dos efeitos adversos mais comuns do tratamento do hiperparatireoidismo secundário da doença renal crônica quando se usa cinacalcete.
- () Pacientes em diálise peritoneal tem risco aumentado para doença de baixa remodelação óssea, devido ao cálcio de 3,5 mEq/L no dialisato, associado ao uso de sais de cálcio como quelante intestinal de fósforo, causando supressão excessiva da paratireoide.

A sequência correta do preenchimento dos parênteses, de cima para baixo, é

- (A) V – F – V – F – V.
- (B) F – V – V – V – V.
- (C) V – F – V – F – F.
- (D) F – V – F – F – V.
- (E) F – F – F – V – F.

08. Em relação à infecção pelo vírus poliovírus em pacientes transplantados renais, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- (A) Pode simular rejeição celular aguda na biópsia renal.
- (B) A suspeita diagnóstica pode ser feita pela presença de células Decoy na urina.
- (C) O aumento dos níveis de imunossupressão leva à deterioração da função renal.
- (D) Existe terapia antiviral específica eficiente.
- (E) A principal manifestação clínica é a disfunção do enxerto renal.

09. A ausência de retinopatia diabética em um paciente com diabetes *mellitus* tipo 1 e proteinúria nefrótica pode ser uma indicação de biópsia renal por sugerir uma nefropatia não diabética. Entretanto, somente 60% dos pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2 têm retinopatia associada ao diabetes. Qual o critério que poderia indicar biópsia renal em um paciente com síndrome nefrótica e diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2 há mais de 15 anos, na ausência de alterações clínicas e/ou laboratoriais sugestivas de uma glomerulopatia não diabética?

- (A) Perda abrupta de função renal.
- (B) Proteinúria seletiva.
- (C) Dislipidemia grave.
- (D) Anasarca.
- (E) Hipertensão arterial não controlável.

10. Paciente do sexo masculino, 38 anos, portador de insuficiência renal crônica secundária à 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 4,25 g%. 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 2 L com glicose a 1,5 g% tem sido de 1,9 L e o volume das bolsas com glicose a 4,25 g%, 2,3 L. Foi realizado um teste de equilíbrio peritoneal (PET) que mostrou:

Volume de drenagem: 2,1 L

Glicose na solução no tempo 0 : 2,43 g/dL

Glicose na solução no tempo 4h : 500 mg/dL

Creatinina sérica: 13 mg/dL

Creatinina na solução tempo 4h : 10,7 mg/dL

A partir desse dados podemos afirmar que

- (A) o paciente tem baixa permeabilidade peritoneal e deve ser transferido para hemodiálise.
- (B) face aos resultados do PET, a causa mais provável da retenção hidrossalina é má adesão ao tratamento.
- (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 nas soluções de troca.

11. Paciente de 40 anos, lúcida, orientada e esclarecida, apresenta doença renal crônica terminal; encontra-se em programa de hemodiálise há 4 anos e está inscrita na lista de transplante renal há 4 anos. Na avaliação médica pré transplante, referiu ser Testemunha de Jeová e que em nenhuma hipótese aceitaria fazer transfusão sanguínea. Recebe então um telefonema do hospital com o oferecimento de um rim para transplante. O médico nefrologista apresenta todas as possíveis complicações do transplante renal, inclusive hemorragia e eventualmente choque com a necessidade de transfusão de sangue. A paciente decide não fazer o transplante renal. Considerando o contexto descrito acima, assinale a alternativa que indica a orientação correta.

- (A) O médico deve insistir em realizar o transplante, alegando que não fará transfusão de sangue, mesmo sabendo que esta possibilidade poderá ocorrer durante o procedimento.
- (B) O médico deve insistir em fazer o transplante, argumentando que esta é uma oportunidade que não deve ser desperdiçada, e que só em último caso faria transfusão de sangue.
- (C) Os familiares do paciente devem ser ouvidos e solicitados a tentar convencer a paciente da necessidade do transplante renal, apesar da restrição religiosa.
- (D) Os familiares devem fazer uma doação de sangue dirigida, que poderá ser utilizada em caso de necessidade.
- (E) Manter a paciente em hemodiálise, pois a mesma tem o direito de recusar o transplante com base em sua convicção religiosa.

12. A água potável para consumo oral deve ser purificada na clínica de diálise antes de ser utilizada para a hemodiálise. Numere a segunda coluna de acordo com a primeira, associando o modo de ação de cada um dos componentes do sistema de tratamento de água para hemodiálise descritos abaixo.

- (1) Filtro de areia
 - (2) Carvão
 - (3) Deionizador
 - (4) Osmose reversa
 - (5) Irradiação ultravioleta e uso de ozônio
- () Contenção da proliferação bacteriana na água após tratamento.
 - () Remoção de cloro e cloraminas e reduzir contaminantes orgânicos.
 - () Remoção de partículas.
 - () Extração de cátions e ânions.
 - () Remoção de íons, substâncias orgânicas, partículas e bactérias.

A ordem correta dos números da segunda coluna, de cima para baixo, é

- (A) 1 – 3 – 2 – 4 – 5.
- (B) 4 – 3 – 1 – 5 – 2.
- (C) 4 – 2 – 3 – 1 – 5.
- (D) 5 – 2 – 1 – 3 – 4.
- (E) 5 – 3 – 2 – 1 – 4.

13. Uma paciente de 21 anos, com diagnóstico prévio de lúpus eritematoso sistêmico, realizou biópsia renal por proteinúria nefrótica (4,3 g/24 horas); sua taxa de filtração glomerular estimada era 91 mL/min/1,73 m², e estava estável. O diagnóstico histopatológico revelou nefrite lúpica classe III (proliferativa focal). A paciente informou ao nefrologista que planeja ter uma gestação no futuro. Diante desse contexto clínico, que tipo de tratamento imunossupressor alternativo a drogas citotóxicas seria recomendado nessa fase de indução?

- (A) Azatioprina.
- (B) Derivado do ácido micofenólico.
- (C) Ciclosporina.
- (D) Metotrexate.
- (E) Corticosteroide isolado.

14. O pH urinário contribui para a formação de cálculos renais. Dentre as associações possíveis entre pH e solutos na urina, assinale a alternativa correta.

- (A) A urina alcalina está associada com maior precipitação de ácido úrico e cistina.
- (B) A urina ácida solubiliza cristais de oxalato de cálcio e cistina.
- (C) O pH urinário tem pouca participação na formação de cálculos de estruvita.
- (D) Pacientes com gota primária usualmente apresentam pH urinário acima de 7,0.
- (E) Em urinas com pH abaixo de 5,5 predominam cristais de ácido úrico, sendo raros cristais de fosfato de cálcio.

15. A infecção urinária representa uma das infecções mais prevalentes, sobretudo no sexo feminino. Em relação à infecção do trato urinário, marque a resposta correta.

- (A) Indivíduos com alteração funcional do trato urinário, como bexiga neurogênica, em geral apresentam infecção urinária não complicada.
- (B) Abscessos localizados na cortical renal (carbúnculo renal) são mais comumente causados por *Staphylococcus aureus*, enquanto que os abscessos corticomedulares são por bacilos gram-negativos como *Escherichia coli* e *Proteus spp.*
- (C) Presença de cilindros leucocitários indicam pielonefrite aguda, descartando outras possibilidades de doença glomerular e intersticial.
- (D) Quinolonas são a classe de antibióticos de escolha para o tratamento de cistite aguda, pois são efetivos e a resistência bacteriana não tem aumentado para essas drogas nos últimos anos.
- (E) A expressão dos receptores Toll-like (TLR) na membrana de cepas de *Escherichia coli* é um dos mecanismos que aumentam a virulência desses organismos por favorecer a ligação com as células uroepiteliais.

16. Considere as afirmações abaixo sobre infecção por citomegalovírus em pacientes transplantados renais.

- I - O estado sorológico do doador e do receptor não é fator de risco importante para o desenvolvimento de infecção ativa.
- II - A infecção pelo citomegalovírus pode apresentar efeitos indiretos e tardios, como aumento de risco de rejeição aguda, desenvolvimento de disfunção crônica do enxerto e diabetes pós-transplante.
- III- Indução com globulinas antilinfocitárias ou antitímicas constitui indicação para terapia profilática.

Quais estão corretas?

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

17. A insuficiência renal aguda obstrutiva (pós-renal) costuma apresentar

- (A) creatinina desproporcionalmente elevada em relação a ureia e potássio pouco elevado.
- (B) hipernatremia e hiperfosfatemia.
- (C) ureia desproporcionalmente elevada em relação a creatinina e acidose tubular renal tipo IV.
- (D) pouca elevação de ureia e creatinina e acidose metabólica hipocalêmica.
- (E) hiponatremia, hipofosfatemia e hipocalcemia.

18. Paciente feminina, 55 anos, portadora de insuficiência renal crônica, em tratamento com hemodiálise por cateter de longa permanência em veia jugular direita, colocado há 87 dias, procura a Emergência com febre e calafrios. Ao exame, em bom estado geral, sem sinais de sofrimento agudo e pressão arterial mantida em níveis habituais. No local de saída do cateter, não havia sinais flogísticos, e no túnel não havia edema ou dor à palpação. Foram coletadas hemoculturas do cateter e de veia periférica e iniciado tratamento com vancomicina e piperacilina + tazobactam. Em ambas as amostras, cresceu *Staphylococcus aureus* sensível à vancomicina. No que se refere ao caso acima, considere as seguintes afirmações.

- I - a ausência de sintomas sistêmicos após 48h de tratamento é indicação de troca do cateter por guia.
- II - o cateter deve ser retirado e providenciada uma via de acesso temporária até o término do tratamento com antibióticos.
- III - o cateter pode ser mantido, acrescentando-se ao tratamento o preenchimento de sua luz com solução de antibiótico entre as sessões de hemodiálise.
- IV - o cateter pode ser preservado sem nenhuma intervenção adicional, se houver resolução da bacteremia.

Quais estão corretas?

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

19. Em relação às indicações e contraindicações para o transplante renal, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- (A) Pacientes abaixo de 18 anos podem ser inscritos em lista de espera, com filtração glomerular estimada < 15 mL/min/1,73 m².
- (B) Órgãos de doadores HIV positivo podem ser utilizados para receptores HIV positivo.
- (C) O transplante renal pré-emptivo com doador vivo é a opção terapêutica que oferta melhores sobrevidas de pacientes e enxertos.
- (D) Neoplasias malignas e infecções crônicas não tratadas são contraindicações absolutas.
- (E) A idade cronológica dos doadores não constitui uma contraindicação à doação *per se*.

20. A necessidade de remoção do cateter de diálise peritoneal em pacientes em diálise peritoneal ambulatorial contínua ou automatizada, que apresentam peritonite, é uma decisão muitas vezes difícil. Qual das situações abaixo indica a necessidade de remoção do cateter?

- (A) Permanência de líquido do efluente turvo após cinco dias de tratamento com antibiótico, peritonite por fungo e peritonite associada a abscesso do túnel do cateter.
- (B) Permanência de líquido drenado turvo após 48 horas de tratamento com antibiótico, peritonite por fungo ou presença de líquido drenado hemático.
- (C) Peritonite por *staphylococcus* de qualquer espécie, peritonite por fungo ou presença de líquido drenado hemático.
- (D) Dor abdominal, febre e líquido do efluente turvo nas primeiras 48 horas do início dos sintomas.
- (E) Quebra na técnica de conexão da ponta do cateter com o conector da bolsa de diálise peritoneal, peritonite por fungo ou peritonite por mais de uma bactéria.

21. Qual das alternativas abaixo **NÃO** é verdadeira em relação à síndrome de desequilíbrio?

- (A) É caracterizada por cefaleia, confusão mental, câimbras, náuseas e vômitos, podendo levar a convulsões.
- (B) Sua prevalência diminui com o uso de soluções de diálise com sódio entre 138 e 140 mEq/L.
- (C) Pode ser evitada com o uso de difenil-hidantoína.
- (D) Deve ser feito o diagnóstico diferencial com hematoma subdural.
- (E) Pode ser prevenida com menor fluxo de sangue na hemodiálise.

22. Paciente com 74 anos, masculino, branco, foi encaminhado ao nefrologista por apresentar um aumento gradual da creatinina sérica de 1,2 mg/dL a 2,5 mg/dL em 18 meses. É tabagista ativo por mais de 40 anos, tem hipertensão arterial controlada (125/78 mmHg) com anlodipina (10 mg/dia) e enalapril (10 mg 2xdia). Portador de dislipidemia, está em uso de sinvastatina (40 mg/dia). Foi submetido à endarterectomia de artéria carótida esquerda há dois anos por apresentar lesão crítica. Na avaliação laboratorial, a creatinina sérica foi de 2,2 mg/dL, sódio 139 mEq/L, potássio 4,0 mEq/L, EQU com proteínas ++ e índice proteína/creatinina em amostra de urina de 0,6. Foi realizado um ultrassom com *Doppler*, que mostrou rim direito de 9,1 cm e rim esquerdo com 8,2 cm. A velocidade de pico sistólico da artéria renal direita foi de 265 cm/s e da esquerda 220 cm/s. Ambos os índices de resistência nas artérias interlobares foram medidos; no rim direito era 0,78 e no rim esquerdo era 0,80. Qual a melhor conduta a seguir?

- (A) Conduta expectante, e repetir o ultrassom com *Doppler* em 6 meses, devido ao bom controle da pressão arterial.
- (B) Realizar cintilografia renal com DTPA e teste do captopril.
- (C) Realizar angiotomografia computadorizada abdominal com contraste iodado.
- (D) Realizar ressonância nuclear magnética de abdômen com gadolínio.
- (E) Realizar aortografia com arteriografia renal.

23. Paciente de 48 anos, masculino, branco, internado na UTI com quadro de falência hepática crônica agudizada por peritonite bacteriana espontânea. Houve piora acentuada da creatinina sérica em 48 horas (atual 2,54 mg/dL) com redução acentuada do volume urinário nas últimas 12 horas e aumento da ascite. O paciente apresenta um balanço hídrico cumulativo superior a 18% do peso corporal. Foi iniciada terlipressina e albumina devido ao diagnóstico de síndrome hepatorenal. Em razão da piora gradual do quadro clínico, foi decidido o início de terapia renal substitutiva. A melhor opção terapêutica para o paciente nesse momento seria:

- (A) hemodiálise intermitente prolongada, uso de heparina, suspender terlipressina.
- (B) uso de diurético intravenoso, manter terlipressina, restrição de aporte de volume.
- (C) hemodiálise contínua, uso de citrato, manter terlipressina.
- (D) hemodiálise intermitente prolongada, lavagem do sistema com solução salina e suspender terlipressina.
- (E) hemodiálise contínua, uso de citrato, suspender terlipressina.

24. Paciente com linfoma de Burkitt apresenta piora da função renal e oligúria, devido síndrome de lise tumoral definida pelos critérios clínicos e laboratoriais de Cairo-Bishop. Qual das medidas abaixo **NÃO** é recomendada para o manejo desse quadro?

- (A) Hidratação vigorosa para manter um volume urinário aproximado de 200 mL/h.
- (B) Uso de alopurinol.
- (C) Uso de rasburicase.
- (D) Alcalinização da urina.
- (E) Terapia renal substitutiva.

25. Em relação aos protocolos de imunossupressão para transplante, assinale a alternativa que contém somente pacientes de maior risco imunológico.

- (A) Receptores de rins de doador vivo HLA idêntico e receptores pediátricos.
- (B) Pacientes com baixa reatividade contra o painel de células e idosos.
- (C) Pacientes caucasoides adultos e receptores com disfunção inicial do enxerto.
- (D) Pacientes submetidos a retransplante e receptores de transplante duplo rim-pâncreas.
- (E) Pacientes sem disfunção inicial do enxerto e sem anticorpos anti-HLA.