

EDITAL Nº 03/2007 DE PROCESSOS SELETIVOS

PS 11 – MÉDICO (Nefrologia)

Nº de Inscrição

Nome do Candidato

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 03/2007 DE PROCESSOS SELETIVOS

GABARITO APÓS RECURSOS

PROCESSO SELETIVO 11

MÉDICO (Nefrologia)

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

INSTRUÇÕES

- 01.** 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.
- 02.** Esta PROVA contém **25** questões objetivas.
- 03.** Caso o CADERNO DE PROVA esteja incompleto ou apresente qualquer defeito, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
- 04.** Para cada questão objetiva existe apenas **uma** alternativa correta, a qual deverá ser assinalada com caneta esferográfica, de tinta azul ou preta, na FOLHA DE RESPOSTAS.
- 05.** Preencha com cuidado a FOLHA DE RESPOSTAS, evitando rasuras. Eventuais marcas feitas nessa FOLHA a partir do número 26 serão desconsideradas.
- 06.** Durante a prova, não será permitido ao candidato qualquer espécie de consulta a livros, códigos, revistas, folhetos ou anotações, nem o uso de telefone celular, transmissor/receptor de mensagem ou similares e calculadora.
- 07.** Ao terminar a prova, entregue a FOLHA DE RESPOSTAS ao Fiscal da sala.
- 08.** A duração da prova é de **3 horas**, já incluído o tempo destinado ao preenchimento da FOLHA DE RESPOSTAS. Ao final desse prazo, a FOLHA DE RESPOSTAS será **imediatamente** recolhida.
- 09.** 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.

Boa Prova!

01. Paciente apresenta hipotensão postural, diminuição do turgor cutâneo, ausência de edema e mucosas secas. Seus exames mostram sódio sérico de 128 mEq/l, hipoosmolaridade plasmática e sódio urinário de 80 mEq/l. Qual a possibilidade diagnóstica mais pertinente?

- (A) Deficiência de hormônio antidiurético.
- (B) Nefrite túbulo-intersticial.
- (C) Insuficiência hepática.
- (D) Incapacidade renal de concentrar a urina.
- (E) Hipertireoidismo.

02. Considere as taxas abaixo.

pH = 7,05; HCO_3^- = 11 mEq/l; pCO_2 = 41 mm Hg;
Na = 125 mEq/l; K = 2,1 mEq/l; Cl = 102 mEq/l.

Qual a prioridade no tratamento do paciente que apresenta esse distúrbio?

- (A) Repor potássio.
- (B) Repor bicarbonato.
- (C) Repor sódio.
- (D) Melhorar ventilação.
- (E) Repor cloro.

03. Paciente realizou exames que apresentaram os seguintes resultados:

pH = 7,26; HCO_3^- = 10 mEq/l; pCO_2 = 23 mm Hg;
K = 6,8 mEq/l; Na = 134 mEq/l; Cl = 111 mEq/l.

Qual a possibilidade diagnóstica mais coerente nesse caso?

- (A) Sepses com acidose láctica.
- (B) Derivação urinária com ureteroileostomia.
- (C) Obstrução urinária.
- (D) Uso de acetazolamida.
- (E) Intoxicação por salicilato.

04. Considere as afirmações abaixo no que se refere à hipertensão arterial.

- I - Recomenda-se, pelo menos, restrição moderada de sal (6 g/dia), indistintamente, a todos os hipertensos.
- II - O sistema caliceína/cinina, as prostaglandinas PGI₂/PGE₂ e os peptídeos natriuréticos estão entre os sistemas hormonais vasoconstritores envolvidos na regulação da pressão arterial.
- III - A pressão arterial depende do débito cardíaco (DC) e da resistência periférica, estando o primeiro (DC) aumentado na imensa maioria dos estados hipertensivos.
- IV - Estudos recentes, bem como reanálises de dados anteriores do clássico estudo de Framingham, mostram que a pressão sistólica tem melhor correlação com o risco cardiovascular do que a pressão diferencial ou de pulso (sistólica – diastólica).

Quais estão corretas?

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

05. Considere as afirmações abaixo no que se refere à monitorização ambulatorial de pressão arterial de 24 horas (MAPA).

- I - Não está indicada para avaliar eficácia ou ajuste de medicamentos anti-hipertensivos.
- II - Tem, entre as suas indicações, a avaliação de hipertensão arterial de início recente ou episódica e hipertensão de consultório (avental branco).
- III - Está indicada na suspeita de hipotensão arterial sintomática.
- IV - Tem como limitações a presença de arritmias cardíacas, hiato auscultatório, hipercinesia e braços que não permitem o perfeito ajuste do manguito.

Quais estão corretas?

- (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.

06. No que se refere ao tratamento de hipertensão renovascular e estenose de artéria renal (EAR), considere as afirmações abaixo.

- I - Pacientes portadores de EAR por displasia fibromuscular e arterite de Takayasu devem ser tratados, preferencialmente, por terapêutica intervencionista, seja por tratamento percutâneo, seja por revascularização cirúrgica.
- II - Pacientes com EAR por aterosclerose, tratados com angioplastia primária, costumam apresentar baixo índice de cura de hipertensão, sendo que um percentual considerável dos casos não apresenta melhora do controle pressórico ou da função renal.
- III - Em casos de EAR aterosclerótica ostial, principalmente em estenose unilateral não associada à doença de aorta, a colocação de *stent* é uma boa opção, uma vez que, nessas lesões, a angioplastia isolada tem alto índice de falha.
- IV - O tratamento clínico convencional tem sido reservado para situações de controle inicial satisfatório, casos de impossibilidade técnica de cirurgia, casos de alto risco de procedimento intervencionista ou, ainda, casos de pacientes que recusam procedimentos invasivos.

Quais estão corretas?

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

07. O citrato desempenha um papel importante na prevenção da formação de cálculos urinários, podendo estar diminuído nas seguintes situações:

- (A) acidose metabólica por diarreia crônica, acidose tubular renal e síndrome de má absorção intestinal.
- (B) uso de diuréticos, alcalose metabólica e vômitos.
- (C) alcalose metabólica, hipercalcúria e hiperparatireoidismo.
- (D) dieta hipoproteica, hiperuricosúria e alcalose metabólica.
- (E) alcalose respiratória, hiperuricosúria e cistinúria.

08. Em relação a cálculos de ácido úrico, podemos afirmar que

- (A) ocorrem raramente, mesmo em pacientes portadores de gota.
- (B) os fatores mais importantes na precipitação de ácido úrico são sua concentração e seu pH.
- (C) o uso de citrato de K não está indicado para pacientes que apresentem esse quadro.
- (D) a dieta hiperproteica não altera a excreção urinária de ácido úrico.
- (E) o uso de diuréticos tiazídicos ou de furosemida não alteram a secreção do ácido úrico e, por isso, são indicados para os pacientes portadores desta condição.

09. Paciente feminina, 20 anos, branca, é hospitalizada com edema iniciado há 60 dias. Nega história familiar de glomerulopatia ou hipertensão, manifestação de edema ou hematúria no passado, uso de drogas ou gestações prévias. Seu exame clínico apresenta: Edema M^sIs +++++; ascite; PA 110/70; peso de 60kg; altura de 161cm. Os exames dos aparelhos respiratório e cardiovascular apresentam-se normais. Os demais exames constata: antígenos virais não reagentes; FAN, anti-DNA, C3 e C4 normais, glicemia de 89mg/dl. O exame comum de urina detecta: proteínas +++++; 15 eritrócitos e 5 leucócitos/campo; 4 cilindros hialinos; creatinina de 1,5; albumina de 1,1mg/dl; colesterol total de 320mg/dl. A amostra de urina matinal revela proteína de 650mg/dl e creatinina de 58mg/dl. A ecografia renal mostra rim direito com 12,0 cm e rim esquerdo com 12,3 cm. A biópsia renal constata 14 glomérulos, sendo 4 com esclerose segmentar. Apresenta alterações túbulo-intersticiais leves e imunofluorescência negativa. Inicia tratamento com prednisona 1mg/kg/dia.

Observe a evolução dos exames após 60 dias de tratamento com prednisona, conforme quadro abaixo.

	30 dias	60 dias
Creatinina sérica (mg/dl)	1,3	1,1
Relação proteína/creatinina	350/80	250/75
Albumina sérica (g/l)	1,6	1,8

Considerando esses dados, qual é o procedimento adequado?

- (A) Iniciar tratamento com Ciclofosfamida, com redução gradual da prednisona.
- (B) Iniciar tratamento com Ciclosporina, com redução gradual da prednisona.
- (C) Manter Prednisona por um período de dois a três meses.
- (D) Iniciar tratamento com inibidor da enzima de conversão da angiotensina.
- (E) Usar micofenolato mofetil na dose de 750mg, de 12/12 horas.

10. Paciente masculino, 50 anos, branco, aposentado, é hospitalizado com edema iniciado há 4 meses. Nega história familiar de glomerulopatia ou hipertensão, manifestação de edema ou hematuria no passado, uso de drogas, apresentação de sintomas sistêmicos, febre ou emagrecimento. Seu exame clínico apresenta edema M_sI_s ++, ascite, PA de 130/80, peso de 68kg, e altura de 178cm. Os exames dos aparelhos respiratório e cardiovascular apresentam-se normais. Os demais exames constata: antígenos virais não reagentes; FAN, anti-DNA, C3 e C4 normais; glicemia de 89mg/dl. O exame comum de urina detecta: proteínas ++++; 10 eritrócitos e 1 leucócito/campo; 2 cilindros hialinos e 1 granuloso; creatinina de 1,0; albumina de 3,2g/dl; colesterol total de 180 mg/dl. A amostra de urina matinal revela proteína de 300mg/dl e creatinina de 140mg/dl. Rx de tórax, ecografia do abdome, exame de próstata e antígeno prostático específico não revelam qualquer anomalia. A ecografia renal mostra rim direito com 13,0 cm e rim esquerdo com 13,1 cm. A biópsia renal constata 12 glomérulos com espessamento uniforme, global e difuso da membrana basal. Não apresenta alterações túbulo-intersticiais, e a imunofluorescência detecta depósitos granulares de IgG e C3 ao longo da membrana basal.

Qual o tratamento indicado para esse paciente?

- (A) Administrar ciclosporina na dose de 4mg/kg/dia, por um período de quatro a seis meses.
- (B) Administrar prednisona na dose de 2mg/kg/48 horas, durante sessenta dias.
- (C) Administrar prednisona (nos 1º, 3º e 5º meses) alternada com clorambucil (nos 2º, 4º e 6º meses).
- (D) Administrar inibidor da enzima de conversão da angiotensina.
- (E) Administrar micofenolato mofetil na dose de 1 a 1,5 g/dia.

11. Paciente feminina, 26 anos, branca, doméstica, consulta por ter descoberto proteinúria com hematuria, bem como creatinina elevada, em exames de rotina. Não apresenta história familiar de nefropatia ou hipertensão, nega gestações prévias e o uso de drogas ilícitas ou de outras medicações. Seu exame físico apresenta-se normal, com PA de 130/80, peso de 65kg e altura de 155cm. Exame de urina detecta creatinina de 1,6mg/dl; proteína ++++; 15 eritrócitos por campo; 7 leucócitos por campo; cilindros hialinos e granuloso; albumina de 3,8g/dl; colesterol de 210 g/dl; triglicerídeos de 100 g/dl. O hemograma revela-se normal. Os demais exames apresentam: FAN, anti-DNA, C3 e C4 normais; glicemia de 90mg/dl. A proteinúria de 24 horas detecta 2,5 gramas e relação proteína creatinina de 2,8. Apresenta antígenos virais negativos. A ecografia renal mostra rim esquerdo com 11,0 cm e rim direito com 12,5cm. Na cintilografia com DMSA, detecta-se rim esquerdo em 15% e rim direito em 26%. A uretrocistografia apresenta-se normal. A biópsia renal constata amostra com 15 glomérulos, 5 deles com esclerose segmentar, 3 com esclerose global, além de alterações túbulo-intersticiais moderadas. A imunofluorescência revela-se negativa em 1 glomérulo.

Qual o tratamento indicado para essa paciente?

- (A) Administrar prednisona na dose de 1mg/kg/dia durante quatro meses e avaliar a resposta da paciente ao tratamento.
- (B) Administrar inibidor da enzima de conversão da angiotensina.
- (C) Administrar prednisona na dose de 2mg/kg/48 horas, durante quatro meses, e avaliar a resposta da paciente ao tratamento.
- (D) Administrar ciclosporina na dose de 4mg/kg/dia, por um período de quatro a seis meses.
- (E) Administrar micofenolato mofetil na dose de 1 grama, 2 vezes por dia.

12. No que se refere à susceptibilidade para infecção urinária, considere os fatores abaixo.

- I - alterações na ecologia bacteriana ao redor do meato uretral
- II - ligação das adesinas a receptores na superfície do uroepitélio
- III- malformações congênitas
- IV - presença de cálculo no trato urinário

Quais são considerados pré-requisitos para colonização e multiplicação bacteriana?

- (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.

13. O tratamento de bacteriúria assintomática está indicado em casos de

- (A) pacientes diabéticas.
- (B) pacientes com disfunção vesical com formação de resíduo.
- (C) pacientes idosos.
- (D) pacientes gestantes.
- (E) pacientes com sondagem vesical de demora.

14. Quanto à avaliação diagnóstica de insuficiência renal aguda (IRA), assinale a afirmação **INCORRETA**.

- (A) A realização de biópsia renal, geralmente realizada precocemente, está indicada nos casos de glomerulonefrites rapidamente progressivas, vasculites e doenças sistêmicas diagnosticáveis por material renal.
- (B) A avaliação da filtração glomerular pela estimativa da depuração da creatinina endógena (DCE calculada) fica comprometida pela oscilação dos níveis séricos de creatinina na IRA.
- (C) Algumas situações clínicas ou o uso de alguns fármacos podem aumentar a creatinina sérica sem que exista uma redução real na taxa filtração glomerular.
- (D) A avaliação do trato urinário com ultra-som exclui as causas pós-renais de IRA.
- (E) A presença de anemia, de hiperfosfatemia e de hipocalcemia muitas vezes não permite a diferenciação entre IRA e insuficiência renal crônica (IRC).

15. Considerando índices de resistência bacteriana à sulfá superiores a 20% em determinada região, qual seria a melhor opção terapêutica e o tempo de tratamento adequado em uma paciente com cistite aguda não complicada?

- (A) Administrar nitrofurantoína ou quinolona por um período de três a cinco dias.
- (B) Administrar ampicilina ou amoxicilina por sete dias.
- (C) Administrar quinolona em dose única.
- (D) Administrar sulfametoxazol+trimetopim por um período de três a cinco dias.
- (E) Administrar cefalexina em dose única.

16. Assinale a afirmação **INCORRETA** no que se refere ao manejo da insuficiência renal aguda (IRA).

- (A) Nos pacientes de risco para a perda da função renal, devemos evitar, primariamente, o uso de drogas nefrotóxicas e a hipoperfusão renal.
- (B) Na Síndrome de Lise Tumoral, devemos ter cuidado com a alcalinização da urina devido ao risco de que ocorra depósito tubular de cristais de urato ou de fosfato de cálcio.
- (C) Nos pacientes criticamente enfermos e catabólicos, devemos manter a restrição protéica no suporte nutricional, com o intuito de retardar o início de terapia renal substitutiva (TRS).
- (D) Na poliúria da fase de recuperação da IRA, o médico deve estar atento, pois a depleção de volume pode retardar a recuperação da função renal.
- (E) O uso de dopamina, em doses contínuas, como vasodilatador renal não é mais recomendado no manejo conservador da IRA.

17. Considere as afirmações abaixo no que se refere aos estágios da doença renal crônica.

- I - No estágio 1, a filtração glomerular é maior do que 60 ml/min e há evidência de danos renais.
- II - No estágio 0 (zero), a filtração glomerular é ≥ 90 ml/min, e os pacientes apresentam fatores de risco para doença renal.
- III- No estágio 5, ocorre insuficiência renal terminal com filtração glomerular < 15 ml/min.

Quais estão de acordo com os estágios propostos pela Fundação Nacional do Rim dos Estados Unidos (NFK-KDOQI)?

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

18. Qual o maior fator de risco para o desenvolvimento de doença renal crônica?

- (A) Diabetes mérito.
- (B) Raça negra.
- (C) Hipertensão arterial sistêmica.
- (D) Dislipidemia.
- (E) Obesidade.

19. No que se refere à anemia da doença renal crônica, considere as afirmações abaixo.

- I - A eritropoietina é uma glicoproteína produzida principalmente nos rins, com peso molecular de 18.400 daltons e composta por 197 aminoácidos.
- II - Em crianças, esse tipo de anemia está associado a retardo de crescimento.
- III- Um dos fatores envolvidos na gênese desse tipo de anemia é a diminuição de eritropoiese pela uremia.

Quais estão corretas?

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

20. A anemia apresentada por pacientes com doença renal crônica em tratamento com hemodiálise pode ser agravada por hemólise, às vezes subclínica. Considere os itens abaixo.

- I - uso de solução de diálise com concentração de Na abaixo de 138 mEq/l
- II - presença de cloramina na água utilizada
- III- uso de membranas de acetato de celulose
- IV- realização de sessão de hemodiálise sem anticoagulação

Quais constituem causas de hemólise?

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

21. A hipotensão arterial é uma complicação freqüente do procedimento dialítico, podendo ocorrer em 15 a 50% das sessões de hemodiálise. No que se refere à sua patogênese, que é multifatorial, considere os itens abaixo.

- I - disfunção autonômica
- II - aumento da produção de ácido nítrico durante a diálise
- III- excesso de ultrafiltração

Quais fazem parte de sua patogênese?

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

22. As recomendações atuais da Sociedade Internacional de Diálise Peritoneal para o tratamento inicial empírico de peritonite em pacientes em tratamento com DPAC são

- (A) vancomicina + aminoglicosídeo.
- (B) cefalosporina de primeira geração + aminoglicosídeo.
- (C) cefalosporina de primeira geração + ceftazidima.
- (D) vancomicina + ceftazidima.
- (E) aminoglicosídeo + antifúngico.

23. No transplante renal, em relação às hepatites virais, é correto afirmar que

- (A) pacientes anti-HCV submetidos a transplante renal têm sobrevida menor em relação àqueles anti-HCV que permanecem em lista de espera para transplante renal.
- (B) hepatite crônica pelo vírus B é contra-indicação para realização de transplante de rim isolado.
- (C) pacientes com HCV RNA+ e TGP normal não necessitam investigação adicional para serem incluídos em lista de espera para transplante renal.
- (D) pacientes com biópsia hepática mostrando hepatite C ativa devem ser submetidos a tratamento com Interferon antes de serem submetidos a transplante renal.
- (E) pacientes com insuficiência hepática ou cirrose podem realizar transplante de rim isolado após tratamento com Interferon.

24. No que se refere à profilaxia para citomegalovírus em pacientes transplantados renais, considere as condutas abaixo.

- I - Todos os pacientes submetidos a transplante renal devem receber profilaxia, independentemente da sorologia do doador ou do receptor.
- II - Pacientes com sorologia negativa que recebem órgão de doador com sorologia positiva somente necessitam profilaxia se estão em tratamento com anticorpos antilinfocitários.
- III- Todos os pacientes em tratamento com anticorpos antilinfocitários devem receber profilaxia.

Quais estão corretas?

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

25. No que se refere à infecção pelo vírus poliomax em pacientes transplantados renais, considere as afirmações abaixo.

I - Pode simular rejeição celular aguda na biópsia renal.

II - O diagnóstico desta infecção é feito pela presença de células Decoy na urina.

III- A maior intensidade da imunossupressão pode levar à deterioração da função renal.

Quais estão corretas?

(A) Apenas I.

(B) Apenas II.

(C) Apenas III.

(D) Apenas I e III.

(E) Apenas II e III.