



CURSO PARA



PROVA DE TÍTULO

Caderno de Questões

SIMULADO 4



Agosto de 2024

QUESTÃO 1

Assinale a opção **INCORRETA** em relação aos fármacos e suas indicações para retardar progressão da DRC, de acordo com KDIGO DRC 2024:

- A) iSGLT2 e pacientes com DRC e albuminúria $\geq 200\text{mg/g}$: indicação 1A.
- B) Finerenona e pacientes com DRC com DM2, TFG $> 25\text{ mL/min/1,73m}^2$ com albuminúria $> 30\text{mg/g}$ a despeito do uso de iECA/BRA em dose máxima tolerada e com normocalemia: indicação 2A.
- C) iECA/BRA e pacientes com DRC sem DM e albuminúria $> 300\text{mg/g}$: indicação 1B.
- D) iSGLT2 e pacientes com DRC e TFG $20\text{--}45\text{ mL/min/1,73m}^2$ e albuminúria $< 200\text{mg/g}$: indicação 1B.
- E) Semaglutida e pacientes com DRC e DM2 que não tenham atingido alvo de controle glicêmico com iSGLT2 e metformina em doses máximas toleradas (quando possível a prescrição das mesmas): indicação 1B.

QUESTÃO 2

Mulher, parda, 52 anos, DRC secundária a DRPAD. Em seguimento ambulatorial com nefrologista. Comparece a consulta de rotina sem queixas.

Exame físico sem alterações. PA: $120 \times 80\text{mmHg}$.

Faz uso de: Losartan 100mg/dia , Anlodipina 5mg/dia .

Creatinina: $2,23\text{ (TFGe } 26\text{ mL/min/1,73m}^2\text{)}$.

Uréia: 75 mg/dL ; K: $4,7\text{ mEq/L}$; Na: 138 mEq/L ; Calcio: $9,8\text{ mg/dL}$; P: $4,5\text{ mg/dL}$; Bic: 22 mmol/L .

PTHi: 100 pg/mL (VR: até 65 pg/mL); Fosfatase alcalina: 82 U/L ; 25OH vit D: 21 ng/mL .

Hb $9,9\text{ g/dL}$; leucócitos e plaquetas normais.

Sorologias negativas. Anti-HBs $< 10\text{ mUI/mL}$. LDL 104mg/dL .

São condutas para a paciente, **EXCETO**:

- A) Início de colecalciferol 50.000UI/mês .
- B) Investigação de outras causas de anemia (anemia desproporcional à DRC).
- C) Vacinação contra Hepatite B: 4 doses dobradas.
- D) Início de estatina para melhor controle lipídico.
- E) Início de calcitriol $0,25\text{mcg } 3\text{x/semana}$ para o hiperparatireoidismo.

QUESTÃO 3

Em relação ao manejo da hipercalemia na DRC, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- A) A retirada dos iECA/BRA devido a hipercalemia deve ser a última medida a ser instituída, uma vez que está associada ao aumento de mortalidade em alguns estudos.
- B) A biodisponibilidade de potássio em alimentos de origem vegetal é maior que naqueles de origem animal, sendo, portanto, os grandes vilões da dieta no controle da hipercalemia na DRC.
- C) O zircônico apresenta efeito de ação rápido. Entre os efeitos colaterais descrito está o edema.
- D) O bicarbonato de sódio para controle de acidemias mais graves, especialmente se há hipercalemia, pode ser utilizado, com especial atenção nos seus efeitos colaterais (edema e hipervolemia).
- E) Betabloqueadores, digitálicos, AINEs, inibidores da calcineurina, pentamidina e trimetoprim podem cursar com hipercalemia.



QUESTÃO 4

Homem, negro, 66 anos, DM2, IC por Cardiopatia Isquêmica. FA persistente em anticoagulação crônica com apixabana. Refere consumo de álcool aos finais de semana.

DRC estágio 4 (TFGe 25 mL/min/173m²).

Hipertensão arterial bem controlada. Não há histórico de AVCi ou sangramentos.

Assinale a alternativa **INCORRETA** a respeito da anticoagulação desse paciente:

- A) O uso dos NOACs (novos anticoagulantes orais) é preferível aos cumarínicos nos pacientes com DRC estágio 4 segundo KDIGO 2024.
- B) O HAS-BLED desse paciente é elevado (3 pontos), o que deve contraindicar a anticoagulação.
- C) A dose sugerida para o apixabana nesse caso segundo KDIGO 2024 é de 2,5mg 12/12h.
- D) Caso seja necessário procedimento de alto risco de sangramento, o apixabana deve ser suspenso por pelo menos 48 horas antes.
- E) Entre os NOACs, o apixabana é o que apresenta menor clearance renal.

QUESTÃO 5

São benefícios potenciais da Hemodiálise Diária (HDD):

- I. Melhor controle volêmico e de PA
- II. Melhor controle da anemia
- III. Maior preservação da função renal residual
- IV. Maior preservação do acesso vascular

Marque a alternativa **CORRETA**:

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

QUESTÃO 6

Você é responsável por uma clínica de HD e recebe o laudo da análise da água tratada para HD:

Coliformes fecais: ausentes em 100mL.

Bactérias heterotróficas: 55 UFC/mL.

Endotoxinas: 0,18 EU/mL.

Além disso, foi feita avaliação da condutividade referenciada a 25° C: 6 microSiemens/cm.

Qual a sua interpretação?

- A) Parâmetros dentro da normalidade.
- B) A condutividade está elevada.
- C) Quantidade de bactérias acima do limite máximo permitido; condutividade normal.
- D) Quantidade de bactérias no nível de ação; condutividade normal.
- E) Quantidade de bactérias, endotoxinas e condutividade acima do limite máximo permitido.



QUESTÃO 7

Mulher, branca, 64 anos. DRC de etiologia Glomerulopatia Membranosa.

Evoluiu com piora progressiva da função renal, sendo optada iniciar Diálise Peritoneal. Implante do cateter de Tenckhoff há 2 meses. Início da terapia há 15 dias.

Vem para a primeira consulta após início da DP. Refere que a máquina tem alarmado algumas noites atrapalhando seu sono. Refere evacuações a cada 2-3 dias (hábito crônico). Sem outras queixas. Exame físico normal.

NIPD. Tempo de terapia: 8 horas. Volume total: 8L.

Volume de cada infusão: 2L. Volume de última infusão: zero.

Utiliza 2 bolsas de 6L com glicose a 1,5%.

Diurese: 1500mL.

UF (valores dos 15 dias): entre -100mL e -450mL.

Sem outras queixas. Exame físico normal.

Uréia: 90 mg/dL; K: 4,1 mEq/L; Na: 139 mEq/L;

Calcio: 9,5 mg/dL; P: 4,2 mg/dL; Hb 11,1 g/dL.

Assinale a alternativa **CORRETA** sobre o caso:

- A) A ponta do cateter está mal posicionada. Deve-se utilizar laxativos para estimular o peristaltismo.
- B) O cateter está bem posicionado, porém deve-se aumentar a concentração de glicose nas bolsas para otimizar a ultrafiltração.
- C) O cateter está bem posicionado e a terapia está indo conforme planejado.
- D) Há disfunção do cateter por provável coágulo intraluminal pós-implante. Deve-se utilizar lock com fibrinolítico.
- E) A melhor opção é trocar as bolsas por soluções contendo icodextrina.

**QUESTÃO 8**

Homem, negro, 35 anos. DRC por mal formação do trato urinário.

Recebeu transplante renal doador vivo (pai) há 6 meses. Comorbidades: hipotireoidismo.

Faz uso de: Prednisona 5mg, Tacrolimus 2mg 12/12h, Micofenolato sódico 720mg 12/12h, Bactrim 1cp/dia, Levotiroxina 88mcg/dia.

Sobre avaliação da filtração glomerular nesse paciente, assinale as alternativas **CORRETAS**:

- I. Trimetoprim pode aumentar o nível sérico da creatinina.
- II. Corticoide e tireoidopatia pode interferir no nível sérico da cistatina C.
- III. Clearance de creatinina na urina de 24 horas pode superestimar a taxa de filtração glomerular.

- A) Somente I está correta.
- B) Somente II está correta.
- C) I e II estão corretas.
- D) I e III estão corretas.
- E) I, II e III estão corretas.



QUESTÃO 9

Paciente jovem, feminina, 16 anos, procura pronto atendimento com quadro sistêmico de febre, perda ponderal, anorexia, perda de peso e artralgia. Dor e hiperemia ocular vieram precedidas de noctúria. Laboratoriais evidenciaram proteinúria tubular, anemia, injúria renal (creatinina sérica 4,2mg/dL) com acidose metabólica. Exame oftalmológico revelou uveíte e a biópsia renal posteriormente realizada favoreceu o diagnóstico de nefrite tubulointersticial aguda. Com o diagnóstico sindrômico, recebeu corticoesteróide oral por 3 meses. A respeito da condição apresentada, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A) Nesses casos, a uveíte é predominantemente posterior
- B) Achados laboratoriais podem incluir redução dos níveis séricos de beta-2-microglobulina e Krebs Von Den Lunge-6 (KL-6), uma glicoproteína encontrada em tecido pulmonar e nos túbulos distais de pacientes com síndrome TINU.
- C) A síndrome TINU pode estar relacionada ao uso da erva chinesa "Goreisian". Fatores de risco e associações incluem doenças imunes como hipoparatiroidismo, doença IgG-4, artrite reumatóide.
- D) Há predominância de faixa etária em adolescentes do sexo masculino.
- E) A concomitância de infecções específicas como sífilis e rinovírus deve ser descartada pois também estão associadas à síndrome TINU.

QUESTÃO 10

Paciente masculino, 34 anos, gari, residente em São Paulo. Procura assistência médica com quadro iniciado há três dias, caracterizado por febre alta (39º C), contínua, de início súbito, com calafrios, acompanhada de dor intensa e generalizada na musculatura e icterícia. Evoluiu nas últimas doze horas com surgimento de petéquias generalizadas. Os exames laboratoriais mostram leucocitose acentuada com desvio à esquerda. Evolui à admissão com insuficiência respiratória aguda, com necessidade de ventilação mecânica invasiva. Com relação ao caso, assinale a afirmativa **CORRETA**:

- a) A diálise precoce é preconizada nesse cenário.
- b) A biópsia renal é essencial ao esclarecimento diagnóstico.
- c) A insuficiência renal aguda é provavelmente hipercalemica.
- d) A insuficiência renal aguda geralmente é oligúrica nesses casos.
- e) Tratamento inicial consiste em corticoide em altas doses.

QUESTÃO 11

Estudos com biomarcadores têm sido desenvolvidos nos últimos anos para antecipação do diagnóstico e tratamento antes do estabelecimento da injúria renal aguda. O marcador da lesão de células tubulares mais estudado em transplantes renais e cardíacos que indica a lise da célula tubular proximal e distal é:

- a) Cistatina C
- b) NGAL
- c) KIM-1
- d) Hep-25
- e) TIMP-2 e IGFBP7



QUESTÃO 12

Sobre a anticoagulação nas terapias contínuas de substituição renal, julgue as seguintes alternativas:

- I) Heparina não fracionada é uma possibilidade, e seu principal mecanismo de ação é através da ligação com a antitrombina III. Porém, a farmacocinética da HNF em pacientes críticos é pouco previsível, principalmente naqueles com quadro de choque séptico, que apresentam níveis baixos de antitrombina III.
- II) A infusão pré capilar de uma solução de citrato trissódico quelata o cálcio sanguíneo, bloqueando todas as etapas da cascata de coagulação que dependem deste íon. O sangue que retorna ao paciente contém complexos de citrato-cálcio iônico, que serão metabolizados principalmente no fígado, convertendo cada molécula de citrato em três moléculas de bicarbonato.
- III) Na condição conhecida como acúmulo de citrato ou toxicidade pelo citrato, há um excesso de aporte de citrato com a metabolização mantida e sua principal manifestação laboratorial é a alcalose metabólica.

Estão corretas as alternativas:

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

QUESTÃO 13

A síndrome de lise tumoral é uma emergência oncológica caracterizada por alterações hidroeletrólíticas e metabólicas e pode ocorrer após o início do tratamento com quimioterápicos ou então espontaneamente. Sobre a síndrome de lise tumoral, é **INORRETO** afirmar:

- A) Mecanismos da IRA incluem a precipitação de cristais (ácido úrico, fosfato de cálcio e xantina) e inflamação tubulointersticial. Há também vasoconstrição renal com perda da autorregulação e citocinas inflamatórias.
- B) A SLT laboratorial consiste em alterações metabólicas sendo necessários ao menos 2 dos seguintes critérios presentes simultaneamente: hiperuricemia, hipercalemia, hipocalcemia e hiperfosfatemia.
- C) Um dos pilares do tratamento consiste na alcalinização urinária associada à hiper-hidratação.
- D) Nefropatia prévia, exposição à nefrotóxicos e desidratação durante o tratamento são fatores predisponentes.
- E) A rasburicase, urato oxidase recombinante, converte ácido úrico em alantoína, é geralmente bem tolerada e com poucos efeitos colaterais.

QUESTÃO 14

Com o aumento da frequência da realização de cirurgias bariátricas, a nefrolitíase surgiu como uma complicação relevante. A alteração metabólica, nesses pacientes, que é descrita com maior frequência é:

- A) Hiperossalúria.
- B) Hiperuricosúria.
- C) Cistinúria.
- D) Hipercalcúria.
- E) Hipercitraturia.



QUESTÃO 15

Nas recomendações do KDIGO 2012 (aguardando ansiosamente atualização!) para estadiamento da injúria renal aguda em relação ao débito urinário, o estágio 2 é definido por diurese:

- A) Menor que 0,5ml/kg/h por 6 horas
- B) Menor que 0,5ml/kg/h por até 12 horas
- C) Menor que 0,5ml/kg/h por mais de 12 horas
- D) Menor que 0,3ml/kg/h por 24 horas
- E) Anúria por mais de 12 horas

QUESTÃO 16

O Sr. AJKD, 76a, portador de HAS e DM mas não sabe quais medicamentos faz uso de forma domiciliar é admitido na emergência. O paciente apresenta fraqueza muscular e confusão mental evidenciada pela neta pela manhã. Realizou uma TC de crânio na urgência normal e foi solicitada a sua avaliação após a realização de uma gasometria venosas. Os seguintes resultados de exames são obtidos: pH 7,48, bicarbonato (HCO_3^-) 32 mEq/L, potássio (K^+) 2,8 mEq/L, cloro urinário 15 mEq/L..

Considerando a abordagem geral na alcalose metabólica, **qual o diagnóstico mais CORRETO?**:

- a) Alcalose metabólica cloreto-sensível por vômitos.
- b) Alcalose metabólica cloreto-sensível por uso de diuréticos^[L]_[SEP]
- c) Alcalose metabólica cloreto-resistente por síndrome de Bartter^[L]_[SEP]
- d) Alcalose metabólica cloreto-resistente por hipocalcemia grave^[L]_[SEP]
- e) Alcalose metabólica cloreto-sensível por administração de álcalis

QUESTÃO 17

A Sra. NEJM de 18 anos é trazido ao pronto-socorro após ingestão de uma quantidade significativa de comprimidos de aspirina. Ele apresenta zumbido, sonolência e respiração ofegante. Os exames laboratoriais mostram:

pH arterial: 7,30; pCO_2 : 20 mmHg; HCO_3^- : 12 mEq/L; Na^+ : 140 mEq/L; Glicose: 100 mg/dL; Ureia: 30 mg/dL; Osmolaridade medida: 310 mOsm/kg

Com base nos achados clínicos e laboratoriais, é **CORRETO** afirmar que:

- A) O paciente apresenta apenas acidose metabólica^[L]_[SEP]
- B) A administração de carvão ativado e hidratação são as únicas medidas necessárias^[L]_[SEP]
- C) A hemodiálise está indicada^[L]_[SEP]
- D) O tratamento inclui alcalinização da urina e a hemodiálise estaria indicada se pH estivesse mais baixo^[L]_[SEP]
- E) O gap osmolar é de 10 mOsm/kg, indicando intoxicação por salicilatos



QUESTÃO 18

O BJN, tabagista, portador de neoplasia de pulmão, HAS e DPOC, é admitido na UTI devido a angina instável. A gasometria arterial revela pH 7,30, pCO₂ 65 mmHg, e bicarbonato (HCO₃⁻) 34 mEq/L.

Considerando aumento esperado do bicarbonato em resposta à acidose respiratória, qual é a condição do paciente?

- A) Acidose Respiratória Aguda.
- B) Acidose Respiratória Crônica.
- C) Acidose Metabólica com compensação respiratória adequada.
- D) Acidose Mista.
- E) Alcalose Metabólica com compensação respiratória adequada.

QUESTÃO 19

Sr. CJASN., masculino, 80 anos, com histórico de diabetes mellitus tipo 2, apresenta-se ao pronto-socorro com náuseas, vômitos e fraqueza generalizada. Seus exames laboratoriais mostram:

Na⁺: 138 mEq/L; Cl⁻: 112 mEq/L ; HCO₃⁻: 12 mEq/L; Albumina sérica: 3,0 g/dL

O plantonista está preocupado com a possibilidade de uma acidose com ânion gap elevado. Com base nos dados fornecidos e utilizando a fórmula do ânion gap, qual é o valor mais aproximado nas alternativas do ânion gap corrigido (AGc) para albumina sérica deste paciente?

- A) 14 mEq/L_{SEP}
- B) 16 mEq/L_{SEP}
- C) 18 mEq/L_{SEP}
- D) 20 mEq/L_{SEP}
- E) 24 mEq/L

QUESTÃO 20

Sobre os fatores de risco e causalidade entre Nefrolitíase e DRC, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- A) Infecções do trato urinário (ITU) recorrentes são um fator de risco para nefrolitíase e DRC.
- B) Cálculos coraliformes se associam a DRC.
- C) A hipertensão é um dos principais determinantes para o desenvolvimento de cálculos coraliformes em pacientes fosfatúricos.
- D) A cirurgia bariátrica é um fator de risco para o desenvolvimento de litíase renal.
- E) A gota é fator de risco para litíase renal e Doença Renal Crônica.



QUESTÃO 21

Em um paciente com o diagnóstico de hipertensão arterial, alcalose metabólica e cloro urinário > 20mEq/L, o diagnóstico mais provável é:

- a) Uso recente de diurético de alça (< 48 horas).
- b) Síndrome de Bartter.
- c) Síndrome de Gitelman.
- d) Hiperaldosteronismo primário.
- e) Uso de aminoglicosídeos.

QUESTÃO 22

Na maioria dos casos, a hipertensão arterial por doença renovascular tem como causa:

- a) Arterite de Takayasu
- b) Dissecção aguda de aorta
- c) Displasia fibromuscular
- d) Lesão aterosclerótica
- e) Trombose arterial

QUESTÃO 23

Paciente de 45 anos, diagnóstico de DRC de etiologia indeterminada há 5 anos, iniciou hemodiálise há 1 ano. Em várias ocasiões, nos últimos meses, sua pressão arterial variou entre PAS 180-200mmHg e PAD 100-110mmHg. Diurese residual de 300mL. Está em uso de: anlodipino 10mg/dia, carvedilol 25mg 2x, hidralazina 100mg 3x, furosemida 40mg 3x e metildopa 500mg 2x. Analise as alternativas a seguir e assinale a alternativa correta:

I) Os inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) são uma boa opção terapêutica para o tratamento da hipertensão nesse caso.

II) No paciente em hemodiálise, a hipervolemia é um importante mecanismo na gênese da hipertensão arterial.

III) O SRAA está hiperativado na doença renal crônica e compõe a fisiopatologia da hipertensão arterial nessa população, sobretudo no estágio conservador. No estágio VD, esse sistema perde a sua importância, não sendo mais um alvo terapêutico no tratamento da HAS.

- a) As afirmativas I e III estão corretas.
- b) As afirmativas I e II estão corretas.
- c) As afirmativas II e III estão corretas.
- d) As afirmativas I, II e III estão corretas.
- e) Todas as afirmativas estão incorretas.



QUESTÃO 24

Assinale a alternativa **CORRETA** acerca dos conceitos abaixo:

- a) Hipertensão arterial (HA) resistente é definida quando a PA permanece acima das metas recomendadas, apesar do uso de 3 classes diferentes de anti-hipertensivos, em doses máximas preconizadas ou toleradas, sendo um deles um inibidor do sistema renina-angiotensina-aldosterona.
- b) HA refratária é definida quando a PA permanece acima das metas recomendadas, apesar do uso de 5 ou mais classes de anti-hipertensivos, em doses máximas preconizadas ou toleradas, sendo um deles um diurético e um inibidor do canal de cálcio.
- c) Durante a avaliação de pacientes com HA resistente, é necessário descartar causas de pseudorresistência, como falha na adesão ao tratamento, efeito do avental branco, técnica inadequada de aferição da PA.
- d) A prevalência de hiperaldosteronismo primário na população de hipertensos é variável, sendo mais alta nos pacientes hipertensos estágios 1 e 2, em detrimento daqueles em estágio 3.
- e) A hipertensão renovascular é causa de HA secundária, podendo ser secundária à aterosclerose ou displasia fibromuscular. A primeira causa é mais comum em mulheres jovens, e a segunda, em homens jovens.

QUESTÃO 25

Paciente de 65 anos de idade, com diagnóstico de HAS há 15 anos e histórico de doença arterial coronariana. Perdeu o seguimento médico desde então. Comparece à consulta de rotina com pressão arterial de 160×100mmHg e, atualmente, está em uso somente de AAS 100mg/dia e clopidogrel 75mg/dia; suspendeu as medicações antihipertensivas há cerca de 2 anos. Qual a estratégia de tratamento anti-hipertensivo segundo a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial Sistêmica?

- a) Monoterapia com um diurético tiazídico ou similar.
- b) Monoterapia com um bloqueador do canal de cálcio.
- c) Combinação de dois fármacos, um IECA ou BRA associado a um diurético tiazídico ou similar.
- d) Combinação de três fármacos, um IECA ou BRA associado a um diurético tiazídico ou similar e a um bloqueador do canal de cálcio.
- e) Combinação de quatro fármacos, um IECA ou BRA associado a um diurético tiazídico ou similar, a um bloqueador do canal de cálcio e a um betabloqueador.

QUESTÃO 26

De acordo com a Diretriz Brasileira de Medidas da PA dentro e fora do consultório de 2024, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) A hipertensão mascarada se caracteriza por valores normais de PA consultório < 130/80mmhg e anormais de PA pelo MAPA.
- b) Recomenda-se que o monitor seja programado para medir a PA entre 15-20 minutos durante a vigília e entre 20-30 minutos no período do sono.
- c) Para um MAPA ser considerado válido para interpretação adequada, deve apresentar um número mínimo de 24 medidas válidas na vigília e 8 durante o período do sono.
- d) Os valores de PA considerados anormais nas medidas pela MAPA durante a vigília são PAS ≥ 130mmhg e/ou PAD ≥ 80mmhg.
- e) Os valores de PA considerados anormais nas medidas pela MAPA durante o sono são PAS ≥ 135 e/ou PAD ≥ 85mmhg.



QUESTÃO 27

Mulher, 51 anos, vendedora, com diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2 há 8 anos. Em consulta de rotina, refere estar usando metformina 2g/dia, insulina NPH 20U à noite, clortalidona 25 mg/dia, anlodipina 10 mg/dia. Peso: 77kg, altura: 160cm, exame físico sem alterações. Pressão arterial sentada (média de 3 medidas) = 158/88mmHg. Exames recentes: HbA1C = 6,4%, creatinina = 1,33mg/dL (TFGe CKD-EPI: 48ml/min/1.73m²), K = 4,6 mEq/L, albuminúria (A/C) = 426mg/g.

Baseado nas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial 2020, assinale a conduta mais adequada:

- a) Introduzir losartana 100mg/dia, suspender a metformina e repetir a creatinina e o potássio após 6 meses.
- b) Introduzir losartana 50 mg/dia, reduzir a dose de metformina para 1g/dia e repetir creatinina e potássio após 3 meses.
- c) Introduzir enalapril 40mg/dia, aumentar a dose de clortalidona para 50 mg/dia e repetir creatinina e potássio após 2 semanas.
- d) Introduzir enalapril 40mg/dia e associar hidralazina 100mg/dia e repetir creatinina e potássio após 6 semanas.
- e) Introduzir dapagliflozina 10 mg/dia e iniciar espironolactona 25mg/dia e repetir creatinina e potássio após 2 semanas.

QUESTÃO 28

Nas últimas décadas, observou-se um grande crescimento no transplante renal, com o desenvolvimento de diversas drogas imunossupressoras e redução do risco de rejeição e melhor prognóstico. Em relação a essas drogas, é **CORRETO** afirmar:

- A) O tacrolimo é um inibidor da calcineurina. Sua concentração sanguínea pode ser aumentada pelo uso concomitante de rifampicina e reduzida pelo uso de fluconazol.
- B) Macrolídeos são exemplos de antibióticos que não interferem nas concentrações dos inibidores da calcineurina.
- C) A ciclosporina é um antimetabólico que causa importante mielossupressão direta.
- D) A timoglobulina é uma preparação feita a partir de anticorpos policlonais utilizada para o tratamento de algumas formas de rejeição.
- E) O ácido micofenólico atua no bloqueio dos receptores da interleucina-2 (IL-2R).

QUESTÃO 29

Qual das seguintes infecções virais relaciona-se mais fortemente ao aumento de risco de doença linfoproliferativa pós-transplante:

- A) Infecção por citomegalovírus
- B) Infecção por polioma vírus
- C) Infecção por Epstein-Barr
- D) Infecção por Adenovírus.
- E) Infecção por herpes simples tipo 2.



QUESTÃO 30

JWV, homem, 69 anos, foi à consulta de rotina 7 meses após o transplante. Durante a consulta, foi identificada PA: 150x90 mmHg em três aferições. Paciente assintomático. Sobre a hipertensão arterial no receptor de transplante renal, marque a alternativa **CORRETA**:

- A) A monitorização ambulatorial da pressão arterial não deve ser realizada, uma vez que não traz informações fidedignas para os receptores de transplante.
- B) A ultrassonografia com doppler para a avaliação da artéria renal não deve ser solicitada, uma vez que a estenose não ocorre em um período inferior a um ano do transplante.
- C) O tacrolimo é uma medicação frequentemente associada à hipertensão pós-transplante. O seu uso deve ser suspenso nesses casos.
- D) Na ausência de estenose da arterial, a losartana pode ser uma boa medicação para o controle pressórico.
- E) Os diuréticos tiazídicos estão proscritos nos receptores de transplante renal, uma vez que se associam a interação importante com inibidores da calcineurina.

QUESTÃO 31

Sobre a vacinação em receptores de transplante renal, podemos afirmar:

- A) A vacina contra febre amarela pode ser considerada para os indivíduos que moram em áreas de muito alto risco.
- B) Os pacientes devem ser encorajados a realizar imunização contra COVID-19 com quaisquer das vacinas disponíveis no país.
- C) Nenhum tipo de vacina contra herpes zoster não pode ser administrado, uma vez que são produzidas com vírus vivo atenuado.
- D) Pacientes receptores de transplante renal devem receber a vacina contra influenza duas vezes ao ano devido à gravidade do quadro em pacientes imunossuprimidos.
- E) A vacina contra hepatite B está contraindicada para os receptores de transplante renal.

QUESTÃO 32

Mulher, jovem, com história de ITU de repetição, assintomática no momento. Procura atendimento médico uma vez que se encontra em programação de realizar cirurgia proctológica e realizou urocultura que identificou: E. coli multissensível.

Qual a melhor conduta para a paciente?

- A) A paciente não tem indicação de tratar bacteriúria assintomática.
- B) Fosfomicina dose única.
- C) Fosfomicina na véspera da cirurgia.
- D) Ciprofloxacino 500mg 2x/dia por 3 dias.
- E) São antibióticos de primeira escolha: fosfomicina, nitrofurantoína ou sulfametoxazol-trimetoprim.



QUESTÃO 33

JCB mulher, 69 anos, apresentou dor abdominal de início súbito, com irradiação para o flanco direito. Tem antecedentes de infarto agudo do miocárdio e fibrilação atrial, com uso irregular de anticoagulação. Procurou o PS pela queixa de dor, tendo realizado os seguintes exames: leucócitos: 11.300/L, DHL: 2300 UI/L e urina tipo 1 sem proteinúria, hemácias: 15/campo, leucócitos: 20/campo. Realizou TC de abdome com contraste que identificou a seguinte imagem:



Nesse caso, qual o diagnóstico mais provável:

- A) Tuberculose urinária.
- B) Nefrolitíase a direita.
- C) Infarto renal.
- D) Pielonefrite à direita.
- E) Pielonefrite à esquerda.

QUESTÃO 34

Sobre a tuberculose urinária é **INCORRETO** afirmar:

- A) O tratamento deve ser realizado por 6 meses.
- B) Muitas vezes exames de imagem são necessários a fim de avaliar complicações.
- C) É a forma extrapulmonar mais comum.
- D) A cistoscopia pode ser solicitada para avaliação de lesões de bexiga/ureter. Entretanto, não se deve realizar biópsia se doença ativa.
- E) A estreptomicina pode ser utilizada na presença de sintomas irritativos vesicais.

QUESTÃO 35

Sobre a classificação de Bosniak de cisto renal, marque a opção **CORRETA**:

- A) Bosniak IV tem 90% de chance de neoplasia maligna, sendo indicado tratamento direto com nefrectomia.
- B) Bosniak IIF é caracterizado pela presença de cisto renal com parede fina, lisa, mas com 1 septo calcificado.
- C) Bosniak II é caracterizado pela presença de cisto renal com parede fina, lisa, mas com 3 septos não calcificados.
- D) Bosniak I deve ter acompanhamento a cada 2 anos com novo exame de imagem.
- E) Bosniak III deve ser avaliado com exame de imagem seriado, com exame a cada 3 meses no primeiro ano.

QUESTÃO 36

Sobre o diagnóstico diferencial das lesões císticas e sólidas renais, marque a alternativa **CORRETA**:

- A) Esclerose tuberosa é doença genética associada a aumento do risco de tumores malignos.
- B) A doença renal policística autossômica **recessiva** é doença com evolução benigna, não associada a evolução para falência renal.
- C) Nefronoftise é um grupo de doenças císticas renais, caracterizada por cistos corticais e com diversas manifestações extrarrenais, como retinite pigmentosa.
- D) A doença renal cística adquirida é muito frequente em pacientes idosos, sendo importante causa de DRC estágio V.
- E) A síndrome de Von Hippel-Lindau é uma causa genética de carcinoma de células renais, mas que também está associada a tumores em sítios não renais.

QUESTÃO 37

A doença renal policística autossômica dominante apresenta diversas particularidades tanto no tratamento como no diagnóstico quando comparado a outras causas de doença renal crônica. Referente ao quadro clínico e diagnóstico de DRPAD, marque a alternativa **CORRETA**:

- A) A identificação de qual gene apresenta mutação não interfere no prognóstico e nas manifestações clínicas dos pacientes com DRPAD.
- B) Pelos critérios de Pei, o paciente com 44 anos, com história familiar positiva e que apresenta ao USG de rins o total de 3 cistos renais é considerado portador de DRPAD.
- C) O teste padrão ouro para o diagnóstico de DRPAD é o painel genético para doenças císticas, com teste negativo descartando a doença.
- D) O risco de neoplasias malignas é maior em pacientes com DRPAD do que na população em geral.
- E) O screening para aneurisma intracraniano deve ser indicado no diagnóstico de DRPAD se paciente sem familiares conhecidos com DRPAD.



QUESTÃO 38

O teste genético vem ganhando cada vez mais espaço nas doenças renais e na medicina como um todo, e em especial na DRPAD, onde é considerado exame padrão ouro para o seu diagnóstico. Infelizmente, o acesso ainda não permite que o teste seja feito para todo mundo, e por isso é importante conhecermos quando o mesmo é indicado. Qual das alternativas abaixo **NÃO** engloba indicações de teste genético na DRPAD.

- A) Para iniciar o uso do tolvaptan.
- B) Paciente com rins policísticos assimétricos.
- C) Para doadores renais com < 40 anos aparentados de pacientes com DRPAD.
- D) História familiar positiva, mas rins policísticos de tamanho normal.
- E) Evolução clínica com progressão mais rápida do que o esperado, comparado com a média para DRPAD e com o histórico familiar.

QUESTÃO 39

Referente ao tratamento de pacientes com DRPAD, marque a alternativa **CORRETA**:

- A) Todos os pacientes com < 50 anos devem ter a PA sistólica de 110 mmHg como meta do tratamento da HAS.
- B) É recomendado evitar bebidas com cafeína por interferirem aumentando o tamanho dos cistos.
- C) Se paciente com albuminúria > 200 mg/g de Cr urinária apesar do uso de iECA ou BRA, deve ser indicado o uso de iSGLT2, caso a TFGe permita.
- D) O tolvaptan está indicado se o paciente apresentar queda da TFGe de > 3 mL/min/1,73m² por ano por > 5 anos sem outras causas, independente da classificação da Mayo.
- E) O tolvaptan é uma medicação com perfil de segurança questionável, com necessidade de seguimento de amilase e lipase a cada 3 meses.

CASO PARA QUESTÕES 40 e 41

Paciente encontrado em via pública com rebaixamento do nível de consciência e com garrafa encontrada ao seu lado com aparente conteúdo de líquido ingerido.

À admissão paciente apresentava rebaixamento de nível de consciência (Glasgow de 6), acidose metabólica com AG aumentado e IRA KDIGO 3 oligúrica. E na urina 1 observam-se cristais de oxalato de cálcio.

QUESTÃO 40

Sobre o caso clínico assinale a principal hipótese diagnóstica:

- A) Intoxicação por Etilenoglicol.
- B) Intoxicação por Metformina.
- C) Intoxicação por Metanol.
- D) Intoxicação por Paracetamol.
- E) Intoxicação por Propilenoglicol.



QUESTÃO 41

Sobre o caso, qual o melhor tratamento sugerido pelo quadro atual?

- A) Infusão de Etanol.
- B) Infusão de N acetil-cisteína.
- C) Tratamento de suporte.
- D) Hemodiálise convencional.
- E) Bicarbonato de sódio.

CASO PARA QUESTÕES 42 e 43

Paciente admitido por quadro de câimbras, acroparestesias e fraqueza muscular distal em membros superiores e inferiores de caráter progressivo há 48 h. Refere alta hospitalar após tratamento cirúrgico de câncer tireoidiano há cerca de 3 dias.

QUESTÃO 42

Sobre o caso, qual a melhor hipótese diagnóstica pro quadro atual?

- A) Hipomagnesemia.
- B) Hipercalcemia.
- C) Hipofosfatemia.
- D) Hipocalemia.
- E) Hipocalcemia.

QUESTÃO 43

Sobre o caso, qual a melhor abordagem terapêutica pro quadro atual?

- A) Fosfato de potássio EV e calcitriol.
- B) Óxido de Magnésio + Amilorida.
- C) Gluconato de Cálcio EV e calcitriol.
- D) Citrato de potássio e espironolactona.
- E) Hidratação venosa e Pamidronato.

QUESTÃO 44

Paciente de 37 anos, sexo feminino, com Transtorno afetivo bipolar grave, atualmente em controle de doença com Carbonato de Lítio, Risperidona e Sertralina. Encaminhada ao Nefrologista por quadro de Polidipsia e poliúria.

Exames complementares evidenciaram: Volume em urina de 24h 6,2 L. Osmolaridade urinária 200 mOsm/Kg. Osmolaridade sérica 312 mOsm/Kg, Na sérico 146 mEq/L.

Considerando a principal hipótese, e que as medicações não podem ser modificadas, assinale a alternativa **CORRETA** referente ao diagnóstico e tratamento adequados:

- A) DI nefrogênico - Amilorida
- B) DI central - DDAVP
- C) DI Nefrogênico – Hidroclorotiazida
- D) Polidipsia primária – restrição hídrica
- E) Poliúria por diurese osmótica



CASO PARA QUESTÕES 45 e 46

Paciente 38 anos, homem, internação prolongada para tratamento de complicações infecciosas relacionadas a fratura exposta de tíbia. Há 2 semanas em uso de Polimixina B e Amicacina para KPC em osteomielite. Nefrologia é convocado devido a hipocalcemia 3,1 mEq/L, hipomagnesemia 1,2 mg/dL, hipocalcemia 1,02 mmol/L e leve alcalose metabólica (pH 7,47 BIC 28) refratárias às reposições. Além dos antibióticos, o paciente recebe omeprazol, anlodipino, enoxaparina, dipirona, tramadol e escitalopram.

QUESTÃO 45

Assinale a alternativa **CORRETA** a respeito do tratamento do caso:

- A) Suspensão do omeprazol pode ser benéfica no controle da hipomagnesemia.
- B) Faz-se necessário reposição de Potássio EV e oral.
- C) O uso de indapamida pode ser eficaz no tratamento da hipomagnesemia.
- D) A reposição de cálcio EV reduzirá a magnesiúria.
- E) Suspensão dos antibióticos e reposição de magnésio.

QUESTÃO 46

Assinale a alternativa **INCORRETA** a respeito do diagnóstico do caso.

- A) Trata-se de provável alcalose metabólica cloreto-resistente.
- B) Um dos mecanismos envolvidos na Hipocalcemia relacionada a Hipomagnesemia se refere a alteração na função do ROMK.
- C) Hipomagnesemia pode ocasionar resistência a ação do PTH e cursar com hipocalcemia.
- D) A investigação da etiologia da hipocalcemia é mandatória, pois parece estar dissociada da hipocalcemia e hipomagnesemia.
- E) A hipocalcemia pode ser parcialmente explicada pela alcalose metabólica.

QUESTÃO 47

Você é convocado no centro obstétrico de um hospital terciário para avaliar uma puérpera no PO imediato de parto normal. Há relato de pré-eclâmpsia grave com necessidade de sulfatação recente. Paciente se apresenta normotensa, taquicárdica, bradipneica, com tetraparesia e hiporreflexia global.

Considerando a principal hipótese diagnóstica assinale a abordagem terapêutica que **NÃO** se aplica ao tratamento da condição acima:

- A) Expansão volêmica com SF 0,9%.
- B) Furosemida.
- C) Corticosteroide.
- D) Gluconato de cálcio.
- E) Hemodiálise.



QUESTÃO 48

Considere os efeitos nos eletrólitos do uso dos inibidores de SGLT-2 e assinale a alternativa **INCORRETA**:

- A) Risco potencial de reduzir excreção de magnésio.
- B) Pode-se encontrar cetoacidose diabética euglicêmica.
- C) Podem ser utilizados no tratamento do SIAD.
- D) Há benefício em redução da calciúria e aumento da calcemia.
- E) Reduzem incidência de hipercalemia associada a iSRAA.

QUESTÃO 49

Durante a investigação de um paciente jovem com histórico de cálculos renais recorrentes, foi realizado um exame de urina com microscopia, que revelou a presença dos seguintes cristais (figura abaixo).



Qual é a causa mais que classicamente se associa e deve ser investigada frente a este achado?

- A) Hiperuricosúria, associada à síndrome metabólica.
- B) Hiperoxalúria, relacionada à absorção aumentada de oxalato.
- C) Cistinúria, devido a um distúrbio genético.
- D) Infecção do trato urinário por micro-organismos produtores de urease.
- E) Hipercalciúria, associada à hipocitratúria.

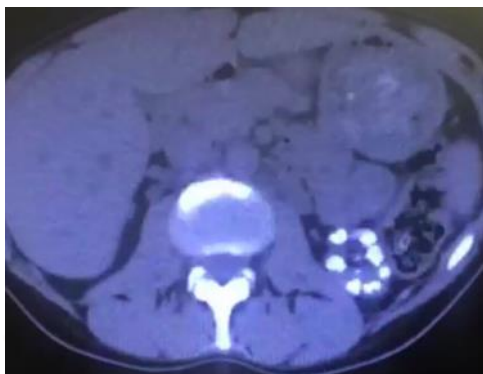
QUESTÃO 50

Encaminhado da pediatria, paciente de 16 anos se apresenta com histórico de nefrolitíase e fraturas ósseas frequentes apresenta. No exame de sangue, apresenta hipofosfatemia em 3 coletas em momentos diferentes. Considerando a avaliação de hipofosfatemia persistente, qual das alternativas abaixo é uma causa de litíase renal independente de PTH ou PTHrp mas dependente de FGF-23?

- A) Adenocarcinoma de Pulmão.
- B) Síndrome de Fanconi.
- C) Raquitismo Hipofosfatêmico Ligado ao X.
- D) Hiperparatireoidismo primário.
- E) Deficiência de Vitamina D.

QUESTÃO 51

B.M.J , um pequeno rapaz de 16 anos apresenta hipocalcemia persistente, alcalose metabólica e pressão arterial normal. Traz consigo adicionais revelam aumento na excreção urinária de cloreto e cálcio, além de uma Urotomografia com presença de nefrocalcinose. Nega uso de medicações, apenas as reposições de potássio que o médico do pronto socorro deixou para ele após o último episódio de fraqueza. Refere que problema o levou diversas vezes ao médico durante a infância.



Considerando o histórico clínico e os achados laboratoriais, qual é o diagnóstico mais provável?

- A) Síndrome de Gitelman.
- B) Hiperaldosteronismo primário.
- C) Síndrome de Bartter.
- D) Abuso de diuréticos.
- E) Síndrome leite-álcali.

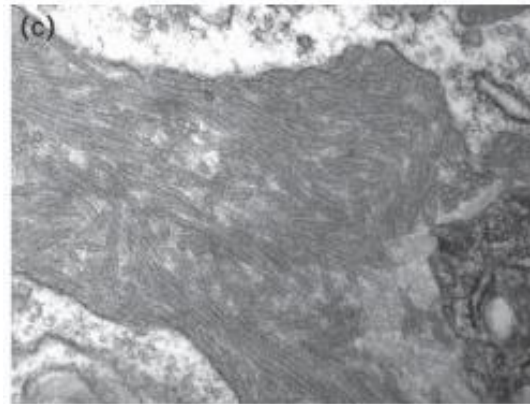
QUESTÃO 52

Em relação ao risco de trombose na síndrome nefrótica, podemos **AFIRMAR** que:

- A) A trombofilia é associada apenas ao aumento do risco de eventos venosos, principalmente trombose venosa profunda e trombose de veia renal.
- B) O grau de proteinúria não interfere com o desenvolvimento de trombofilia, apenas o grau de hipoalbuminemia, sendo particularmente significativo com níveis albumina < 2-2,5 g/L
- C) A anticoagulação profilática pode ser indicada o nível sérico de albumina está < 2,5 – 2,0 g/L associada a pelo menos um dos seguintes: proteinúria > 10g/24h, IMC > 35 kg/m², predisposição genética para tromboembolismo, presença de insuficiência cardíaca com NYHA classe III ou IV, cirurgia abdominal ou ortopédica recente, imobilização prolongada.
- D) Além da indicação de anticoagulação, o risco de sangramento também deve ser considerado na decisão de iniciar anticoagulação profilática. Por essa razão, em pacientes com alto risco de sangramento, a associação de aspirina com clopidogrel para prevenção de eventos trombóticos é indicada (sobretudo em pacientes de alto risco cardiovascular).
- E) A glomerulopatia com maior risco de eventos tromboembólicos é a Nefropatia Membranosa, sendo que existem ferramentas específicas para estimar o risco x benefício de anticoagulação nessa população. Além disso, há preferência pelo uso dos novos anticoagulantes como apixabana nessa subpopulação.

QUESTÃO 53

Qual a provável etiologia da glomerulopatia representada na figura abaixo?



Microtúbulos = 40,8nm

- A) Amiloidose renal.
- B) Glomerulopatia imunotactóide.
- C) Glomerulonefrite fibrilar.
- D) Glomerulonefrite por C3.
- E) Tubulopatia proximal por depósito de cadeia leve.

QUESTÃO 54

Gestante previamente hígida apresenta edema em membros inferiores iniciado com 30 semanas de gestação, associado a PA 170x80mmHg, redução do volume urinário e proteinúria 3+/4+. Em relação ao diagnóstico diferencial da pré-eclâmpsia e da nefrite lúpica na gestação, podemos **AFIRMAR** que:

- A) O grau de proteinúria é um fator importante para o diagnóstico diferencial, sendo que níveis nefróticos são encontrados apenas na nefrite lúpica.
- B) A dosagem de biomarcadores como sFlt-1 e PlGF auxilia no diagnóstico diferencial, pois níveis aumentados de PlGF (pró-angiogênico) e reduzidos de sFlt-1 (anti-angiogênicos) são característicos da pré-eclâmpsia.
- C) A biópsia renal é imprescindível para o diagnóstico diferencial e não podemos ter certeza de nenhum diagnóstico diferencial sem a realização. Dessa forma, o melhor período para realização da biópsia é no puerpério.
- D) Exames complementares como níveis reduzidos de C3 e C4, presença de FAN positivo e altos títulos de anti-DNA favorecem o diagnóstico de nefrite lúpica, principalmente classe III e IV. Neste cenário, o tratamento de escolha deve ser pulsoterapia associado a ciclofosfamida e interrupção da gestação devido ao alto risco materno.
- E) A hiperuricemia é frequente na pré-eclâmpsia devido à redução da fração de excreção de ácido úrico. Embora não faça parte dos critérios diagnósticos, níveis elevados falam a favor do diagnóstico de pré-eclâmpsia.

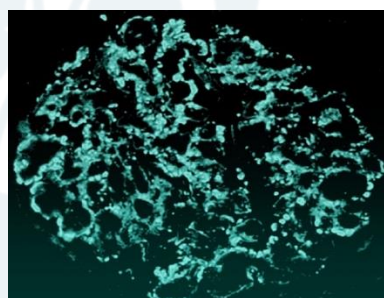
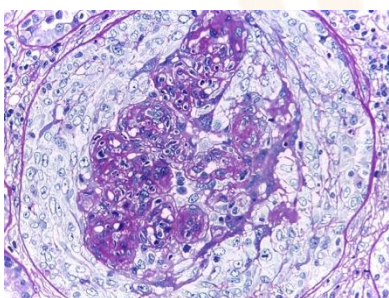
QUESTÃO 55

Em relação às vasculites ANCA associadas, podemos **AFIRMAR** que:

- A) São vasculites auto-imunes de pequenos vasos com múltiplas manifestações sistêmicas, sendo que os rins são os órgãos mais comumente afetados, sendo que a lesão típica é uma vasculite necrotizante.
- B) Não há nenhum sinal ou sintomas exclusivo das vasculites e, dessa forma, o diagnóstico é baseado em conjunto de achados clínicos, laboratoriais e anatomopatológicos. A presença do ANCA (anticorpo anticitoplasma de neutrófilos) é o único critério diagnóstico obrigatório nas vasculites.
- C) Sinais de mau prognóstico renal envolvem: consumo de C3, dupla positividade para anticorpo anti-membrana basal glomerular, presença de FAN e Fator reumatóide positivo.
- D) A melhor forma de avaliar o ANCA atualmente é através da dosagem por ELISA que permite identificar a proteína-alvo: anti-MPO ou anti-PR3. As formas anti-PR3 são associadas ao desenvolvimento de acometimento renal mais indolente, com maior índice de cronicidade na biópsia e maior risco de progressão para doença renal crônica.
- E) O tratamento envolve a fase de indução e manutenção, sendo que a terapia inicial de escolha é a associação de plasmaférese, rituximabe e corticóide para todos os casos que se apresentam como glomerulonefrite rapidamente progressiva.

QUESTÃO 56

Assinale a alternativa que contemple a história clínica mais compatível com a biópsia a seguir:



- A) Homem de 64 anos apresenta-se com queixa de tosse com laivos de sangue há 10 dias, associada à dispneia e redução da diurese. Apresenta-se na avaliação com palidez cutânea - Edema 2+ em MMII – PA 170x90mmHg – Taquipneia – Murmúrio vesicular com crepitações inspiratórias. Exames laboratoriais: Hemoglobina 8,2 - Creatinina 5,2 – Ureia 188 – Hematúria dismórfica – Proteinúria 2+ - Complemento sérico normal - Radiografia de tórax com opacidades alveolares.
- B) Jovem de 20 anos de idade com quadro de dor de garganta há 2 dias, que apresenta episódio de hematúria macroscópica. Exame físico sem anormalidades. Exames complementares mostram hematúria dismórfica, complemento sérico normal e função renal preservada.
- C) Homem de 38 anos com infecção recente por COVID-19 que desenvolve edema e injúria renal aguda. Ao exame, apresenta PA 140x80mmHg – Edema 4+ MMII – Ascite – Murmúrio vesicular reduzido em bases. Exames complementares mostram hematúria dismórfica, proteinúria 4+ e elevação da creatinina.
- D) Mulher de 23 anos apresenta-se com quadro de fraqueza, adinamia e febre baixa há 2 meses, com piora progressiva. Há 2 semanas, notou redução progressiva da diurese, associada à urina escura e edema MMII. Refere surgimento de lesões discóides em tronco e membros, que pioram com a exposição solar. Exames laboratoriais: Hemoglobina 8,2 - Creatinina 5,2 – Ureia 188 – Hematúria dismórfica – Proteinúria 2+ - Complemento sérico com consumo de C3 e C4.
- E) Mulher de 19 anos com quadro de hemorragia alveolar, associada a disfunção renal, hematúria dismórfica, complemento sérico normal e dosagem de anticorpo anti-membrana basal glomerular positivo.



QUESTÃO 57

Mulher, negra, 34 anos. DRC secundário a GESF. HAS.
Em HD há 1 ano. Acesso vascular: FAV braquiocefálica em MSD – confecção há 3 meses.
Teve falência primária de FAV radiocefálica em MSD.

Anúrica. Peso seco: 85kg. Faz **HD 4x/semana**. Aumentada a frequência devido ao elevado ganho interdialítico e internações por hipervolemia. Ganho de peso interdialítico médio: 3kg.

Prescrição de HD:

Tempo 3h, Fluxo de sangue: 320mL/min, Fluxo de dialisato: 500mL/min.
Dose de heparina: 0,6mL (reduzida devido ao quadro de menorragia devido a miomas uterinos).
[Na] 138 / [Ca] 3,0 / [K] 2,0.

Medicamentos em uso: Atenolol 25mg/dia, Anlodipina 10mg/dia, Hidralazina 25mg 12/12h.
EPO 4.000UI 1x/semana, Sevelamer 800mg 3 cp em cada refeição, Colecalciferol 50.000UI/mês.

Exame Físico: PA: 130x80mmHg, FC 66bpm, descorada ++/4. MV presentes, RCR em 2T.
FAV: fluxo fraco, há relato de dificuldade da canulação, hipopulsátil, frêmito e sopro descontínuos e diminuídos.
Sem queixas específicas.

Exames laboratoriais:

Uréia pré-HD: 150 mg/dL; Uréia pós-HD: 90 mg/dL; URR: 40%.
KT/V single pool: 0,62; KT/V Standart: 1,62.
K: 5,8 mEq/L; Na: 138 mEq/L; Calcio: 9,6 mg/dL; P: 5,6 mg/dL;
Hb 9,5 g/dL. IST: 18%; Ferritina 110 ng/mL.
PTHi: 660 pg/mL (em ascensão: valores anteriores: 420 -> 550);
Fosfatase alcalina: 135 U/L; 25OH vit D: 45 ng/mL.

Perguntas:

1. A eficiência da HD na remoção de pequenos solutos está adequada? Qual o valor recomendado de KT/V nesse caso?
2. Há algum problema no acesso vascular do paciente? Qual?
3. Cite 2 medidas que podem ser realizadas para melhorar a dose de diálise.
4. Quanto ao tratamento da anemia: qual a conduta inicial?
5. Quanto ao tratamento do DMO-DRC, além de melhor controle do fósforo, qual seria a conduta adicional?



QUESTÃO 58

Homem, branco, 38 anos. DRPAD diagnosticado há 2 anos.

Mãe com DRPAD em Diálise Peritoneal há 5 anos. Mãe hipertensa, com hipotireoidismo e sequela de AVCh acontecido há 2 anos.

Tem uma única irmã de 42 anos. Essa fez USG de abdome esse ano e não identificado nenhum cisto.

Paciente vem para consulta de rotina.

Refere noctúria 3x. Refere dor lombar quase diariamente.

Faz uso de losartana 50mg/dia para HAS.

Traz RNM: nefromegalia bilateral simétrica. TKV ajustado para altura: 1436,1ml.

Classificação da Mayo Clinic 1E.

Medicamentos em uso: Atenolol 25mg/dia, Anlodipina 10mg/dia, Hidralazina 25mg 12/12h.

EPO 4.000UI 1x/semana, Sevelamer 800mg 3 cp em cada refeição, Colecalciferol 50.000UI/mês.

Exame Físico: PA: 130x80mmHg. Abdome globoso. Rins palpáveis.

Exames laboratoriais:

Creatinina 1,44 mg/dL – TFG_e 65 mL/min/1,73m².

Ureia: 65 mg/dL; K: 5,3 mEq/L; Na: 138 mEq/L; Hb 12,5 g/dL.

Perguntas:

1. Como você justifica a noctúria do paciente?
2. Qual o alvo de controle pressórico? Qual ajuste inicial deve ser feito?
3. Há indicação de tolvaptan? Justifique.
4. Há indicação de rastreamento de aneurisma intracraniano?
5. Como deve ser o seguimento da irmã do paciente no que se refere a possibilidade de DRPAD?

QUESTÃO 59

Mulher, 55 anos, com o diagnóstico de diabetes mellitus há 6 anos e de hipertensão arterial sistêmica há 3 anos. Faz uso de anlodipino 10mg/dia, clortalidona 25mg/dia, losartana 25mg/dia e metformina 2g/dia. Comparece ao seu consultório pois tem apresentado episódios de descontrole pressórico nas aferições casuais da PA em seu domicílio (PA média 150/90mmhg).

Aos exames laboratoriais: Cr 0,82mg/dL, K 4mmol/L, Na 141mmol/L, Ur 33mg/dL, HbA1C 7%; Ur1: ptn 3+, hem=leuco= 3/C, albuminúria 300mg/g.

MAPA: média PA 24h: 140/90; média PA vigília 142/86; média PA sono 136/92. Total de 92 medidas válidas, sendo 60 na vigília e 32 no sono. Descenso noturno: 6%.

Responda as questões abaixo, levando em consideração a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial Sistêmica de 2020, a Diretriz Brasileira de Medidas da PA Dentro e Fora do Consultório de 2024 e a Diretriz Brasileira de Diabetes de 2024.

Perguntas:

1. Quais os critérios mínimos para a MAPA ser considerada válida para interpretação?
2. A partir da MAPA e dos valores de PA considerados anormais por esse método, a paciente em questão está hipertensa? Justifique.
3. Classifique o descenso noturno apresentado.
4. Em relação à hipertensão arterial e ao diabetes, quais ajustes você faria na prescrição?

QUESTÃO 60

Paciente, 66 anos, com o diagnóstico de HAS há 8 anos, passa em primeira consulta você, nefrologista, para avaliação. Traz consigo uma carta do clínico geral da sua UBSF com a seguinte mensagem “solicito avaliação para o paciente E.J.V. devido à hipertensão arterial de difícil controle, atualmente em uso de hidroclorotiazida 25mg/dia, enalapril 40mg/dia e anlodipino 10mg/dia”. Paciente nega outras comorbidades.

PA MSD 156x90 e PA MSE 161x88mmhg. Exame físico sem outras alterações.

Perguntas:

1. De acordo com a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial Sistêmica de 2020, como você classificaria a hipertensão desse paciente? Justifique.
2. Qual a quarta medicação anti-hipertensiva que você associaria ao tratamento?
3. Assumindo que após a associação da quarta medicação anti-hipertensiva o paciente em questão obteve bom controle pressórico, como você o reclassificaria?

QUESTÃO 61

PGB, 84 anos, paciente com diagnóstico prévio de hiperplasia prostática benigna (HPB), internou com quadro de retenção urinária aguda. Foi optada pela passagem de cateter vesical de demora. Após 3 dias, iniciou quadro de dor suprapúbica, dor costovertebral e febre. Foi coletada urocultura com crescimento de 10^6 UFC/mL de *Klebsiella pneumoniae* multissensível.

Perguntas:

1. Qual deverá ser a conduta em relação à sonda vesical de demora?
2. Cite uma opção de antibioticoterapia indicada e o tempo de tratamento.
3. Existe indicação para coleta de urocultura após o término do tratamento?

QUESTÃO 62

JBS, homem, encontra-se no 1º dia pós-operatório de transplante renal. Apresenta antecedente de gota com uso abusivo de AINEs e uso regular de alopurinol, sem novas crises.

Em relação às características do transplante, recebeu TxRDF padrão, TIF 16h.
PRA Classe I e II: 0. MM 110.

Sorologia para CMV pré-transplante: IgG-/ Daodor: IgG+.

Recebeu indução com timoglobulina.

Receberá esquema de imunossupressão de manutenção com tacrolimo, prednisona, sendo discutida a 3ª droga.

PA MSD 156x90 e PA MSE 161x88mmHg. Exame físico sem outras alterações.

Perguntas:

1. Qual a medicação imunossupressora está contraindicada para o paciente nesse momento?
2. O paciente interroga quais estratégias podem ser realizadas para evitar a infecção pelo citomegalovírus.



QUESTÃO 63

G.M.F, 24 anos, feminino, dá entrada em sala de emergência devido à crise convulsiva tônico-clônica, iniciada durante evento universitário. Após realização de medidas iniciais durante atendimento pré-hospitalar, paciente encontra-se ainda com confusão mental e sonolência importante. Acompanhante nega histórico de epilepsia, porém refere uso de drogas ilícitas precedendo o quadro (embora não saiba refere qual).

Ao exame físico,

- Sinais vitais: FC 120 bpm | PA 170 x 100 mmHg | Temp 38.2°C | SO₂ 98% | FR 22 irpm |
- Peso 60kg.
- Neurológico: GCS 11 (Abertura ocular 2; Resposta motora 5 Resposta verbal 4) , pupilas midriáticas fotorreagentes.
- ACV: Bulhas rítmicas, sem sopros. TEC=3 seg.
- Demais sistemas sem alterações.

Exames complementares:

- Hemograma: Hb 11.5 g/dL Leuco 11.000 / Plaquetas 300.000
- Dextro 145
- Ureia 32 mg/dL; Creatinina 0,8 mg/dL | Na⁺ 118 mEq/L; K⁺ 4,0 mEq/L; Mg⁺⁺ 1,6 mEq/L.
- ECG: Taquicardia sinusal, sem outras alterações.

Perguntas:

1. Qual o diagnóstico da paciente em relação aos DHE? Classifique.
2. Qual a etiologia mais provável para as alterações apresentadas.
3. Qual o tratamento inicial recomendado para a paciente? E qual a meta terapêutica inicial?
4. Após medidas iniciais realizadas acima, paciente apresenta-se com melhora clínica importante. No momento, vigil, consciente, GCS 15. Sem alterações significativas em sinais vitais. Nos exames complementares, coletados após 06 horas da admissão, encontra-se com valores semelhantes, com exceção do sódio sérico (atual 122 mEq/L). Qual a conduta e meta terapêutica para a paciente?



QUESTÃO 64

M.L.F, 37 anos, feminino, encontra-se em unidade de terapia intensiva devido rebaixamento do nível de consciência iniciado há 24 horas, associado a fraqueza muscular intensa, evoluindo com falência respiratória. Além disso, a paciente vinha apresentando quadro de febre e sudorese noturnas há 21 dias. A equipe de nefrologia é convocada devido às alterações em exames laboratoriais.

Antecedentes patológicos (coletados na admissão):

- Nega HAS, DM ou outros comorbidades crônicas
- Tabagismo há 12 anos (carta tabágica 12 maços-anos)
- Etilismo social
- Histórico de procedimentos estéticos há 05 anos (não sabe referir quais) - Uso de suplementação para academia (não sabe referir quais)

Durante a avaliação da equipe de Nefrologia, paciente encontra-se da seguinte maneira:

- SSVV: FC 102 bpm PA: 102 x 68 (78) mmHg SatO2 97% Peso 71kg - Geral: REG, desidratada 2+/4+, normocorada, acianótica, anictérica - Neurológico: Sedoanalgesia EV com propofol e fentanil, RASS -2, pupilas isocóricas e fotorreagentes.
- ACV: BRNF em O2 tempos, sem sopros. Sem turgência de jugular. ECG: Taquicardia sinusal com encurtamento do intervalo QT.
- AR: Em VM, modo PCV (FiO2 21% PEEP 6 Driving pressure 8). MV presente bilateral, sem RA.
- AGI: Dieta enteral 20ml/h. Abdome inocente
- Renal: Diurese via sonda vesical de demora, débito urinário de 500 ml/24h - Extremidades: Bem perfundidas, sem edemas

Exames laboratoriais:

- Hb 11,5 g/dL Leucócitos 11.430 Plaquetas 300.000 | Creatinina 0,9 mg/dL Uréia 90 mg/dL | Na 145 mEq/L; K 3,6 mEq/L; Mg 1,7 mg/dL (1,6 a 2,6 mg/dL).
- Cálcio total 15 mg/dl (VR 8,8 - 10,4 mg/dL) Cálcio ionizado 7,2mg/dl (VR 4,7-5,2 mg/dL); PTH intacto 7 pg/ml (VR 10-65 pg/mL).

Perguntas:

1. Qual o diagnóstico para a alteração hidroeletrólítica apresentada?
2. Cite três causas possíveis para as alterações dessa paciente, de acordo com a resposta da questão anterior.
3. Cite pelo menos duas medidas que devem ser iniciadas para a paciente de maneira imediata, com suas respectivas doses (quando pertinente).
4. Cite pelo menos duas medidas que devem ser iniciadas para a paciente de maneira imediata, com suas respectivas doses (quando pertinente).



QUESTÃO 65

A.A.C, 19 anos, masculino, é encaminhado ao ambulatório de Nefrologia devido a achados acidentais em avaliação laboratorial realizada na Unidade Básica de Saúde. Paciente refere somente presença de câibras ao realizar exercício físico mais extenuante. Nega demais queixas. Traz os seguintes exames:

Exames complementares:

- Hemograma: Hb 11,7 g/dL Leuco 10.650 cel/mm³ Pla 222 mil
- Ureia 22 mg/dL Cr 0,8 mg/dL Na⁺ 137 mEq/L K⁺ 2,8 mEq/L Cálcio ionizado 4,8 mg/dL (VR 4,7-5,2 mg/dL) Mg⁺⁺ 1,0 mg/dL (1,6 a 2,6 mg/dL). Gasometria arterial: pH 7,50 Bic 35 mEq/L PCO₂ 45 mmol/L; BE +10.

Perguntas:

1. Qual o diagnóstico completo da gasometria do paciente?
2. Em consulta de retorno, paciente mantém resultados dos exames séricos semelhantes. Ele traz, entretanto, a seguinte análise urinária: Urina 1: pH 7,0; densidade 1,015; proteinúria, hematúria e leucocitúria ausentes. Avaliação dos eletrólitos urinários (amostra isolada): Ca/Cr = 0,03 mg/mg (VR > 0,2) | Fração de excreção de magnésio 20% | Cloro 150 mEq/L (VR 27-371 mEq/L). Diante desses valores, qual a principal hipótese diagnóstica?
3. Cite um diagnóstico diferencial para o quadro do paciente.

QUESTÃO 66

.C., um menino de 17 anos, foi encaminhado do hebiatra devido a um quadro singular. Os pais relatam que ele tem apresentado episódios de dor lombar esporádica e urina com aspecto avermelhado nos últimos meses. Não há histórico de infecções urinárias recorrentes, e ele nega qualquer hematúria visível. Além disso, ele tem apresentado dificuldade em ganhar peso e altura adequados para a sua idade, com crescimento abaixo do percentil 5. Porta consigo uma ecografia de rins e vias urinárias laudada como: “diminuição o tamanho de ambos os rins, hiperecogenicidade perda da diferenciação córtico-medular sugerindo nefrocalcinose”

Sintomas:

- Dor lombar intermitente
- Urina espumosa
- Crescimento abaixo do esperado para a idade

Sinais Vitais:

- Pressão arterial: 105/65 mmHg
- Frequência cardíaca: 75 bpm
- Frequência respiratória: 18 rpm
- Temperatura: 36,7°C
- Peso: 48 kg
- Altura: 140 cm

Exame Físico:

No exame físico, o paciente apresenta-se em bom estado geral. Não há edema periférico, e os pulsos periféricos são normais. O exame ocular não revela alterações iniciais aparentes.

Laboratório:

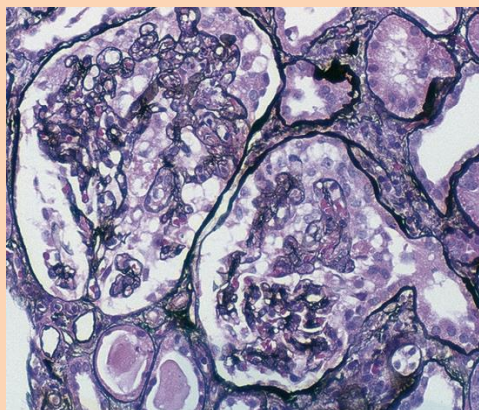
- Proteinúria de baixo peso molecular >5x o valor da normalidade.
- Calciúria: 600 mg/24h
- Fosfatúria: 1000 mg/24h
- Creatinina sérica: 1,5 mg/dL
- Glicosúria: Presente
- Potássio: 4,5 mEq/L
- pH urinário: 6,5

Pergunta:

1. Com base no quadro clínico e nos achados laboratoriais, qual é o diagnóstico mais provável, testes confirmatórios e outros possíveis achados?

QUESTÃO 67

Paciente apresenta quadro de síndrome glomerular, sendo optado pela realização da biópsia renal abaixo:

**Perguntas:**

1. Descreva os achados anatomopatológicos da biópsia renal.
2. Qual o diagnóstico anatomopatológico desta biópsia renal?
3. Cite 3 possíveis etiologias para os achados da biópsia renal.

QUESTÃO 68

Sabemos que a biópsia renal é o padrão-ouro para o diagnóstico das glomerulopatias. Muitas vezes, os pacientes podem apresentar um padrão similar de microscopia ótica, como na Glomeruloesclerose segmentar e focal, com diferenças importantes baseadas nos achados de microscopia eletrônica.

Descreva as características em relação ao quadro clínico, achados de microscopia eletrônica e possibilidades de tratamento para as seguintes situações:

1. GESF primária
2. GESF genética
3. GESF secundária
4. Síndrome de Alport

QUESTÃO 69

Paciente feminina de 16 anos é trazida ao departamento de emergência devido alteração do status mental. A paciente estava acordada e respondendo ao estímulo verbal, porém incapaz de providenciar uma história coerente. Sua única queixa direcionada foi dor abdominal.

Realizados os seguintes exames laboratoriais: Sódio 138 mEq/L, Potássio 3,9 mEq/L, Cloro 108 mEq/L, Bicarbonato 22 mEq/L, Ureia 60 mg/L, Creatinina 1,0 mg/dL, Glicose 108 mg/dL, Albumina sérica 4,5g/dL Osmolaridade sérica medida: 310. Cetonemia plasmática: positiva, Betahidroxibutirato 0,5 mmol/L (referência 0,4-0,5mmol/L), Urina tipo 1: glicose negativa, cetonúria +2. Diante dos exames apresentados, as hipóteses levantadas mais prováveis para a causa da apresentação clínica-laboratorial da paciente foram: ingestão de etanol, ingestão de metanol, cetoacidose diabética, ingestão de álcool isopropílico, e glue-sniffing (aspiração de cola).

Perguntas:

1. Calcule a osmolaridade plasmática da paciente em questão e a partir da osmolaridade plasmática calculada, estime o valor do gap osmolar.
2. Dentre as 5 hipóteses mencionadas, qual a causa mais provável para essa apresentação em questão? Justifique sua resposta.
3. Qual o tratamento proposto?
4. Cite o principal mecanismo de ação do fomepizol e confirme se ele é ou não uma opção ao tratamento.

QUESTÃO 70

Homem de 64 anos, foi diagnosticado com linfoma difuso de grandes células B em junho de 2022. A remissão completa (RC) foi alcançada após oito ciclos de terapia com R-CHOP (rituximabe, ciclofosfamida, doxorrubicina, vincristina e prednisolona). A doença recorreu em outubro de 2023, e a RC foi alcançada novamente após três ciclos de terapia com R-GDP (rituximabe, gemcitabina, cisplatina e dexametasona). Células-tronco do sangue periférico autólogas (auto-PBSC) foram coletadas após um único ciclo de terapia com R-ESHAP (rituximabe, etopósideo, metilprednisolona, citarabina e cisplatina). Em março de 2024, o transplante autólogo de células-tronco do sangue periférico foi realizado após pré-tratamento com regimes de ranimustina, citarabina, etopósideo e ciclofosfamida.

Dentro de 16 dias após o transplante, o paciente apresentava um ganho ponderal de 10% do peso basal, edema, hepatomegalia dolorosa, ascite e icterícia, além de injúria renal aguda (Creat basal 1,0 evoluiu para 3,9 2 semanas após transplante). Exames laboratoriais evidenciaram trombocitopenia refratária à transfusão de plaquetas. Na investigação, doença aguda do enxerto versus hospedeiro foi descartada pela biópsia de pele.

Perguntas:

1. O conjunto dos achados e os critérios laboratoriais permitem a inferência de qual hipótese diagnóstica?
2. Considerando que a apresentação da hipótese em questão foi severa, qual é o tratamento medicamentoso de escolha?