

# 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 03/2012 DE PROCESSOS SELETIVOS

## PS 48 - MÉDICO NEFROLOGISTA I

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

Inscrição n.º: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_



## HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

### EDITAL N.º 03/2012 DE PROCESSOS SELETIVOS

#### GABARITO APÓS RECURSOS

##### PROCESSO SELETIVO 48

##### MÉDICO NEFROLOGISTA I

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



HOSPITAL DE  
**CLÍNICAS**  
PORTO ALEGRE RS



# INSTRUÇÕES

- 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 **O candidato deverá responder à Prova Escrita, utilizando caneta esferográfica de tinta azul, fabricada em material transparente. Não será permitido o uso de lápis, lapiseira/grafite e/ou borracha e de caneta que não seja de material transparente durante a realização da Prova.** (conforme item 6.15.2 do Edital de Abertura)
- 6 Preencha com cuidado a FOLHA DE RESPOSTAS, evitando rasuras. Eventuais marcas feitas nessa FOLHA, a partir do número 26, serão desconsideradas.
- 7 Durante a prova, não será permitida ao candidato qualquer espécie de consulta a livros, códigos, revistas, folhetos ou anotações, nem será permitido o uso de telefone celular, transmissor/receptor de mensagem ou similares e calculadora.
- 8 Ao terminar a prova, entregue a FOLHA DE RESPOSTAS ao Fiscal da sala.
- 9 A duração da prova é de **2 (duas) horas e 30 (trinta) minutos**, já incluído o tempo destinado ao preenchimento da FOLHA DE RESPOSTAS. Ao final desse prazo, a FOLHA DE RESPOSTAS será **imediatamente** recolhida.
- 10 **O candidato somente poderá se retirar da sala de Prova 1 (uma) hora 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 1 (uma) hora e 30 (trinta) minutos após o início.**
- 11 **O candidato que se retirar da sala de Prova, ao concluí-la, não poderá utilizar sanitários nas dependências do local de Prova.** (conforme item 6.15.7 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.** O exame de imagem com maior sensibilidade e especificidade para identificação de cálculo do trato urinário é

- (A) RX simples de abdome.
- (B) Ecografia.
- (C) *Ecodoppler* renal.
- (D) Tomografia helicoidal sem contraste.
- (E) Tomografia computadorizada com contraste iodado.

**02.** Mulher de 27 anos apresenta sintomas de disúria, polaciúria e noctúria há três dias. A microscopia do sedimento urinário mostra >25 leucócitos/por campo. A fita é reagente para nitrito. A urocultura mostra  $10^5$ /UFC de *Escherichia coli*. Trata-se de seu terceiro episódio de infecção urinária nos últimos 6 meses. A paciente é sexualmente ativa e tem sido orientada a urinar dentro de 15 minutos após a relação sexual. Depois do tratamento com Sulfametoxazol/Trimetoprim, por três dias, o procedimento mais adequado para se evitar novos episódios de infecção urinária é

- (A) administração diária de doses baixas de Sulfametoxazol/Trimetoprim por seis meses.
- (B) uso de agente espermicida durante a relação sexual.
- (C) higiene após a relação sexual.
- (D) uso de nitrofurantoina, dose plena, por seis semanas.
- (E) uso de estrógeno tópico vaginal.

**03.** *Escherichia coli* é responsável por 80%-85% das infecções urinárias. Considerando que a invasão do trato urinário por bactérias é por via ascendente, partindo do períneo, onde são encontradas centenas de diferentes bactérias, qual seria a razão de uma prevalência tão elevada para a presença dessas bactérias nas infecções urinárias?

- (A) Facilidade de proliferação na urina com pH baixo.
- (B) Maior proliferação na urina concentrada.
- (C) Presença de fímbrias e adesinas na parede da bactéria.
- (D) Redução de imunoglobulinas e macrófagos na urina.
- (E) Aumento dos lactobacilos, responsáveis pela defesa do trato urinário.

**04.** Como se pode quebrar a resistência à ação diurética da furosemida?

- (A) Usando diurético que atue na alça de Henle.
- (B) Usando dopamina em doses baixas.
- (C) Usando diurético com ação no ducto coletor.
- (D) Substituindo-a por tiazídico.
- (E) Suspendendo-a por 48h e reintroduzindo-a em dose menor.

**05.** No que se refere a hipercalcemia, assinale a afirmação correta.

- (A) Se o eletrocardiograma mostrar prolongamento do intervalo QT, há risco de bloqueio.
- (B) Associa-se à hipermagnesemia.
- (C) Pode ser atenuada com uso de diurético tiazídico.
- (D) Reposição de volume costuma ser fundamental no seu tratamento.
- (E) É o distúrbio de íon divalente mais comum na insuficiência renal crônica.

**06.** Um paciente com alcalose metabólica severa, que não está respondendo à administração de cloreto de sódio, pode necessitar de

- (A) administração de diurético tiazídico.
- (B) administração de diurético de alça.
- (C) sedação e ventilação controlada.
- (D) administração de fludrocortisona.
- (E) reposição de potássio.

**07.** Considere as disfunções renais abaixo.

- I - Incapacidade de excretar ácidos por diminuição da filtração glomerular.
- II - Incapacidade de reabsorver sódio no ducto coletor cortical.
- III - Incapacidade de produzir amônia.

Quais podem estar envolvidas na fisiopatogenia das acidoses metabólicas?

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

**08.** Qual o fator preditivo mais importante para indicar-se biópsia renal em um paciente com diabetes melito tipo 2 e síndrome nefrótica, quando há suspeita de glomerulopatia não diabética?

- (A) Redução da taxa de filtração glomerular.
- (B) Índice de resistência intrarrenal superior a 0,70.
- (C) Hipertensão arterial grave.
- (D) Ausência de retinopatia diabética.
- (E) Síndrome nefrítica associada ao estado nefrótico.

**09.** Qual das glomerulonefrites abaixo está frequentemente associada à infecção?

- (A) Membranosa.
- (B) Membranoproliferativa tipo I.
- (C) Doença de depósito denso.
- (D) Alterações glomerulares mínimas.
- (E) Membranoproliferativa tipo III, de Bulkholder.

**10.** Em relação à etiopatogenia da glomerulonefrite membranosa, assinale a alternativa que apresenta o antígeno que foi identificado na membrana celular do podócito, contra o qual são formados anticorpos em mais da metade dos pacientes, sugerindo a formação de imunocomplexos *in situ*.

- (A) Mieloperoxidase.
- (B) Endopeptidase neutra.
- (C) Megalina.
- (D) Nucleosoma.
- (E) Receptor A2 da fosfolipase.

**11.** Assinale a alternativa que apresenta o contexto clínico adequado para o uso de micofenolato mofetil no tratamento de indução e manutenção na glomerulonefrite lúpica.

- (A) Glomerulonefrite membranosa com síndrome nefrítica.
- (B) Glomerulonefrite proliferativa focal com disfunção renal grave.
- (C) Glomerulonefrite proliferativa difusa com disfunção renal leve.
- (D) Glomerulonefrite mesangial com proteinúria patológica.
- (E) Glomerulonefrite membranosa com insuficiência renal crônica.

**12.** No que se refere ao diagnóstico diferencial entre DRC (Doença Renal Crônica) e IRA (Insuficiência Renal Aguda), considere os itens abaixo.

- I - Anemia
- II - Osteodistrofia
- III- Sintomas urêmicos pouco expressivos

Quais são sugestivos de DRC?

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

**13.** No que se refere à hipertrofia renal, considere os fatores abaixo.

- I - Fator de crescimento semelhante à insulina (IGF-1)
- II - Fator de crescimento transformador Beta (TGFB)
- III- Fator de crescimento plaquetário (PDGF)

Quais atuam em reposta à perda de massa renal?

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

**14.** Considere os achados clínico-laboratoriais abaixo. Quais são sugestivos de inflamação sistêmica em pacientes com doença renal crônica?

- I - Anorexia
- II - Ferritina elevada
- III- Aumento nas necessidades de eritropoetina

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

**15.** Qual o maior fator de risco para o desenvolvimento de Doença Renal Crônica?

- (A) Diabetes (*Diabetes Mellitus*).
- (B) Raça negra.
- (C) HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica).
- (D) Dislipidemia.
- (E) Obesidade.

**16.** Hiperparatireoidismo secundário (HPTS) é uma complicação comum da doença renal crônica e é associado com morbidade e mortalidade. Prevenção e tratamento precoce do HPTS são recomendados para evitar progressão da doença para estágio mais severo e refratário ao tratamento clínico. Assinale a afirmação **INCORRETA**.

- (A) O tratamento atual do HPTS nos pacientes em hemodiálise envolve controle dos níveis séricos de fósforo com quelante intestinal de fosfato e supressão da secreção e síntese de paratormônio pelas células da paratireoide através do uso de calcitriol ou análogos da vitamina D e/ou calcimiméticos. O esquema terapêutico deveria ser escolhido baseado nos níveis séricos de cálcio e fósforo.
- (B) A forma ideal de administração de calcitriol para tratar HPTS consiste na sua administração oral diária na menor dose possível, para evitar hipercalcemia e hiperfosfatemia.
- (C) Ao iniciar tratamento com calcitriol ou seus análogos, tanto o cálcio como o fósforo sérico devem ser monitorados devido ao risco de hipercalcemia e hiperfosfatemia por absorção intestinal aumentada desses íons.
- (D) Calcitriol e seus análogos agem via receptor da vitamina D, presente nas células da paratireoide, enquanto que o calcimimético cinacalcete atua como um modulador alostérico do receptor de cálcio, presente na membrana das células da paratireoide, aumentando a sensibilidade desse receptor ao cálcio extracelular.
- (E) Hipocalcemia é uma complicação associada ao uso do calcimimético cinacalcete. Essa medicação não deve ser iniciada em pacientes com nível sérico de cálcio inferior a 8,4 mg/dl.

**17.** Paciente de 57 anos, em hemodiálise com cateter temporário de duplo lúmen na veia jugular direita há 5 semanas, procura a emergência por apresentar febre de 39°C e calafrios que iniciaram há mais de 12 horas. A Nefrologia é chamada para avaliar o paciente. Qual a melhor conduta nessa situação?

- (A) Como o quadro sugere infecção associada ao cateter, a melhor conduta é realizar hemodiálise, solicitar coleta de hemograma e hemoculturas, e retirar o cateter ao final da sessão. Avaliar o paciente para a presença de algum foco de infecção e, na ausência de um foco clinicamente aparente, retirar imediatamente o cateter com coletas de hemoculturas, dando início a antibiótico que inclua cobertura para *S. aureus*.
- (B) Avaliar o paciente para a presença de algum foco de infecção e, na ausência de um foco clinicamente aparente, retirar imediatamente o cateter com coletas de hemoculturas, dando início a antibiótico que inclua cobertura para *S. aureus*.
- (C) Avaliar o paciente para a presença de algum foco de infecção, incluindo a realização de hemograma, hemoculturas, RX de tórax, ecocardiografia, exame qualitativo de urina e urocultura. Se os resultados não mostrarem evidência de infecção, retirar o cateter e iniciar antibiótico que inclua cobertura para *S. aureus* ou de acordo com o antibiograma da hemocultura, se positivas.
- (D) Avaliar o paciente para a presença de algum foco de infecção, coleta de hemoculturas e início de antibiótico que inclua cobertura para *S. aureus*. Se a febre persistir por mais de 72 horas em vigência de antibioticoterapia parenteral de amplo espectro, retirar o cateter e implantar outro com mudança de sítio de punção.
- (E) Avaliar o paciente para a presença de algum foco de infecção, coleta de hemoculturas e início de meropenem para tratamento da infecção. Se a febre persistir por mais de 48 horas, retirar o cateter e implantar outro.

**18.** 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 das com glicose a 4,25%, 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%

Glicose na solução no tempo 4h: 720 mg%

Creatinina sérica: 13 mg%

Creatinina na solução tempo 4h: 10,7 mg%

Com base nos dados acima, assinale a afirmação correta.

- (A) O paciente tem baixa permeabilidade peritoneal e deve ser transferido para hemodiálise.
- (B) Face os 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 das soluções de troca.

**19.** 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, mostra-se em bom estado geral, sem sinais de sofrimento agudo e PA mantida em níveis habituais. Local de saída do cateter sem sinais flogísticos e túnel sem edema ou dor à palpação. Foram coletadas hemoculturas do cateter e de veia periférica e iniciado vancomicina e piperacilina + tazobactam. Em ambas as amostras cresceu *staphylococcus aureus* sensível a vancomicina. No que se refere ao uso de cateter nessa paciente, assinale a alternativa correta.

- (A) A ausência de sintomas sistêmicos após 48 h de tratamento é indicação de troca do cateter por guia.
- (B) O cateter deve ser retirado e providenciada uma via de acesso temporária até o fim do tratamento com antibióticos.
- (C) O cateter pode ser mantido, acrescentando-se ao tratamento o preenchimento de sua luz com solução de antibiótico entre as sessões de hemodiálise.
- (D) O cateter pode ser preservado sem nenhuma intervenção adicional se houver solução da bacteremia.
- (E) O cateter deve ser mantido, e sua luz preenchida com solução de citrato a 2%.

**20.** Paciente feminina, 52 anos, diabética, hipertensa, com cardiopatia isquêmica e história de neoplasia de mama tratada; doença renal crônica apresenta creatinina = 4,5 mg/100 ml, hemoglobina = 9,5 g/100 ml, ferritina = 830 ng/l e saturação de transferrina de 28%. No que se refere ao tratamento da anemia, assinale a alternativa correta.

- (A) Iniciar o tratamento com eritropoetina humana recombinante, estabelecendo como alvo terapêutico uma taxa de hemoglobina sérica de 11 a 13 g/100ml.
- (B) Iniciar o tratamento com eritropoietina humana recombinante, considerando, por um lado, os benefícios clínicos (alívio dos sintomas de anemia), impacto na qualidade de vida e redução das necessidades de transfusões e, de outro, os riscos associados ao tratamento com agentes estimulantes da eritropoiese, estabelecendo como alvo terapêutico uma hemoglobina sérica entre 10-11 g/100 ml.
- (C) O tratamento da anemia não está indicado e os níveis da hemoglobina sérica da paciente devem ser acompanhados para a definição da necessidade de iniciar a terapia.
- (D) A paciente deve receber reposição de ferro parenteral antes de iniciar tratamento com eritropoietina.
- (E) O tratamento da anemia deve incluir a reposição de vitamina B12.

**21.** Quanto à fisiopatologia da Insuficiência Renal Aguda (IRA), todas as afirmações estão corretas, **EXCETO**:

- (A) a via final, pela qual os hormônios vasoconstrictores realizam as suas ações, envolve a elevação do cálcio intracelular, tanto nas células dos vasos quanto nas células mesangiais.
- (B) a lesão tubular isquêmica é mais marcada nos segmentos onde há maior consumo de energia (ATP), principalmente no túbulo proximal e na alça ascendente espessa de Henle.
- (C) na fase de recuperação da IRA, os defeitos tubulares podem persistir por um tempo variável, sendo, o mais frequente, a dificuldade de concentração urinária.
- (D) Na IRA isquêmica, existe muita dificuldade em se distinguir os efeitos causados pela isquemia daqueles causados pela reperfusão. Isso devido ao efeito que a reoxigenação súbita provoca nas células pelos mecanismos de formação de espécies reativas de O<sub>2</sub> e reversão abrupta da acidose intracelular.
- (E) O curso clínico da IRA pode ser dividido em quatro fases: inicial, de oligúria, de poliúria (diurética) e de recuperação funcional. A fase poliúrica pode ser marcada por uma rápida elevação do volume urinário dependente do estado de hidratação, e com uma concentração plasmática de ureia e creatinina em queda.

**22.** Quanto à aplicação de Terapia Renal Substitutiva (TRS) na IRA, todas as afirmações estão corretas, **EXCETO**:

- (A) O critério AKIN "Acute Kidney Injury Network" foi o primeiro a incorporar pequenas elevações da creatinina sérica ( $\geq 0,3$  mg/dL) em sua definição.
- (B) Na escolha do sítio para implantação do acesso vascular para TRS, devemos levar em conta a possibilidade de recirculação. Nas veias femorais, ao utilizarmos cateteres mais longos ( $>24$  cm), reduzimos significativamente a recirculação do acesso.
- (C) Embora tenhamos métodos de anticoagulação eficientes na manutenção do sistema extracorpóreo na TRS, alguns pacientes ainda têm coagulação fácil. Entre os fatores que devemos avaliar estão as plaquetas  $> 250.000/ml$  e o tempo de duração do tratamento.
- (D) Para os métodos contínuos de TRS, os antibióticos devem ser ajustados como se o paciente tivesse uma depuração da creatinina menor do que 10ml/min.
- (E) Os métodos contínuos e os intermitentes de TRS devem ser considerados complementares.

**23.** Em relação à tuberculose em receptores de transplante renal, assinale a afirmação **INCORRETA**.

- (A) A forma mais comum de tuberculose após transplante é a extrapulmonar ou disseminada, que ocorre de um terço à metade dos casos de tuberculose após transplante de órgão sólido.
- (B) Todos os pacientes candidatos a transplante devem realizar PPD para rastreamento de tuberculose latente que deve ser repetido após duas semanas naqueles pacientes que tiveram o primeiro teste negativo.
- (C) Pacientes com PPD reator forte e RX de tórax sugestivo de tuberculose no passado têm indicação de tratamento de tuberculose latente com rifampicina, por seis meses.
- (D) A rifampicina reduz a concentração de níveis séricos de tacrolimus, ciclosporina, sirolimus e everolimus via indução do citocromo P450, podendo induzir a rejeição aguda se os níveis séricos não forem adequadamente monitorizados.
- (E) Devido ao aumento de cepas resistentes a múltiplas drogas, o tratamento adequado de tuberculose inclui quatro medicamentos: isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol.

**24.** Homem de 42 anos, transplantado renal há 11 meses, interna devido a piora da função renal. Assintomático, ao exame físico, não foram observadas alterações. Exames laboratoriais mostram: creatinina sérica de 2,4mg/dL, com a basal em torno de 1,5mg/dL; 4600 leucócitos; hemoglobina 12,8g/dL; 175000 plaquetas/mm<sup>3</sup>. Biópsia renal demonstrou atipias celulares com inclusões virais e nefrite túbulo-intersticial de leve a moderada. Que avaliação complementar você solicitaria para a elucidação diagnóstica?

- (A) Imuno-histoquímica para poliomavírus em tecido renal.
- (B) Imuno-histoquímica para Vírus B da hepatite em tecido renal.
- (C) Imuno-histoquímica para Vírus C da hepatite em tecido renal.
- (D) Imuno-histoquímica para Epstein-Barr vírus em tecido renal.
- (E) Imuno-histoquímica para herpes vírus 1 em tecido renal.

**25.** No que se refere à Bioética Médica, considere as afirmações abaixo.

- I - Todas as informações contidas nos prontuários de pacientes não são de livre acesso aos pesquisadores, pois são de propriedade do paciente.
- II - O Termo de Consentimento é um documento de valor legal que isenta o profissional de sua responsabilidade sobre os riscos inerentes aos procedimentos, pois o paciente foi devidamente informado sobre os mesmos.
- III - O critério de morte encefálica só pode ser utilizado para fins de transplantes, pois o seu uso em outras situações contraria o Código de Ética Médica e o Código Penal.

Quais estão corretas?

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