

CADERNO DE QUESTÕES



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

EDITAL N° 01/2023

DE PROCESSOS SELETIVOS (PS)

Cargo de Nível Superior

PS 04 - MÉDICO I
(Nefrologia)

| | MATÉRIA | QUESTÕES | PONTUAÇÃO | |
|--|---------------------------|----------|-----------|--|
| | Conhecimentos Específicos | 01 a 25 | 0,40 cada | |

ATENÇÃO

Transcreva no espaço apropriado da sua FOLHA DE RESPOSTAS (Folha Óptica), com sua caligrafia usual, considerando as letras maiúsculas e minúsculas, a seguinte frase:

Essa carroça é um jabuti com chaminé.

Nome do Candidato: _____

Inscrição n°: _____

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 01/2023 DE PROCESSOS SELETIVOS

GABARITO APÓS RECURSOS

PROCESSO SELETIVO 04

MÉDICO I (Nefrologia)

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

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 que comparecer para realizar a prova **não deverá, sob pena de ser excluído do certame**, portar armas, malas, livros, máquinas calculadoras, fones de ouvido, gravadores, *paggers*, *notebooks*, telefones celulares, *pen drives* ou quaisquer outros tipos de aparelhos eletrônicos, nem utilizar véus, bonés, chapéus, gorros, mantas, lenços, aparelhos auriculares, próteses auditivas, óculos escuros, ou qualquer outro adereço que lhes cubra a cabeça, o pescoço, os olhos, os ouvidos ou parte do rosto, **exceto em situações autorizadas pela Comissão do Concurso e/ou em situações determinadas em lei. Os relógios de pulso serão permitidos, desde que permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.** (conforme subitem 7.10 do Edital de Abertura)
- 6 **É de inteira responsabilidade do candidato comparecer ao local de prova munido de caneta esferográfica, preferencialmente de tinta azul, de escrita grossa, para a adequada realização de sua Prova Escrita. Não será permitido o uso de lápis, marca-textos, réguas, lapiseiras/grafites e/ou borrachas durante a realização da prova.** (conforme subitem 7.15.2 do Edital de Abertura)
- 7 Não será permitida nenhuma espécie de consulta em livros, códigos, revistas, folhetos ou anotações, nem o uso de instrumentos de cálculo ou outros instrumentos eletrônicos, exceto nos casos em que forem pré-estabelecidos no item 13 do Edital. (conforme subitem 7.15.3 do Edital de Abertura)
- 8 Preencha com cuidado a FOLHA DE RESPOSTAS, evitando rasuras. Eventuais marcas feitas nessa FOLHA a partir do número **26** serão desconsideradas.
- 9 Ao terminar a prova, entregue a FOLHA DE RESPOSTAS ao Fiscal da sala.
- 10 A duração da prova é de **duas horas e trinta minutos (2h30min)**, já incluído o tempo destinado ao preenchimento da FOLHA DE RESPOSTAS. Ao final desse prazo, a FOLHA DE RESPOSTAS será **imediatamente** recolhida.
- 11 **O candidato somente poderá se retirar da sala de prova uma hora (1h) após o seu início. Se quiser levar o Caderno de Questões da Prova Escrita, o candidato somente poderá se retirar da sala de prova uma hora e meia (1h30min) após o início. O candidato não poderá anotar/copiar o gabarito de suas respostas de prova.**
- 12 **Após concluir a prova e se retirar da sala, o candidato somente poderá utilizar os sanitários nas dependências do local de prova se for autorizado pela Coordenação do Prédio e se estiver acompanhado de um fiscal.** (conforme subitem 7.15.6 do Edital de Abertura)
- 13 Ao concluir a Prova Escrita, o candidato deverá devolver ao fiscal da sala a Folha de Respostas (Folha Óptica). Se assim não proceder, será excluído do Processo Seletivo. (conforme subitem 7.15.8 do Edital de Abertura)
- 14 A desobediência a qualquer uma das recomendações constantes nas presentes instruções poderá implicar a anulação da prova do candidato.

01. Considere as situações clínicas abaixo.

- I - Paciente com diurese mantida ao redor de 1.000 mL/24h necessita de grande aporte parenteral (nutrição parenteral total, antibióticos, hemocomponentes) e apresenta balanço hídrico cumulativo progressivamente alto, superior a 10% do peso corporal.
- II - Paciente tem insuficiência cardíaca e se encontra hipervolêmico, com edema pulmonar sem resposta a diuréticos. Creatinina plasmática é 1,1mg/dL.
- III- Paciente tem síndrome de lise tumoral, com hiperuricemia, hiperfosfatemia e creatinina de 3,0 mg/dL.

Em que situações está indicada terapia renal substitutiva?

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

02. A lesão glomerular mínima acomete 15% dos pacientes com glomerulopatias primárias. Qual é o tratamento de primeira escolha para essa doença renal glomerular?

- (A) Ciclosporina 1,5-2,0 mg/kg, 2 vezes ao dia, por 1 ano, ou tacrolimus 0,05-0,10 mg/kg 2 vezes ao dia, por 1 ano.
- (B) Ciclofosfamida 2,0-2,5 mg/kg, por 8-12 semanas.
- (C) Rituximabe na dose de 1 grama endovenosa, no dia 1º e no dia 15.
- (D) Micofenolato mofetil na dose de 1000 mg, 2 vezes ao dia, ou micofenolato de sódio na dose de 720 mg, 2 vezes ao dia, por 1 ano.
- (E) Prednisona 1 mg/kg/dia, no máximo até 16 semanas.

03. Em relação ao tratamento da água da diálise, considere as assertivas abaixo.

- I - Os filtros de carvão ativado do sistema de tratamento da água da hemodiálise removem cloro e cloramina. Níveis elevados de cloramina podem causar hemólise aguda e meta-hemoglobinemia nos pacientes em hemodiálise.
- II - Intoxicação por alumínio nos pacientes em hemodiálise pode causar encefalopatia, osteomalácia e anemia microcítica.
- III- Endotoxinas presentes na água da diálise causam reações pirogênicas, geralmente na primeira hora da hemodiálise, e são associadas com estado de inflamação crônica. Endotoxinas são removidas pelo sistema de osmose reversa e filtro de endotoxina.

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.

04. Uma mulher de 21 anos, com história de uso de drogas, depressão e ansiedade, chega à emergência com estado mental alterado. Referia queda com perda de consciência e amnésia parcial enquanto participava de uma festa com amigos. Não sabia quanto tempo tinha ficado inconsciente. Na chegada estava afebril, com pressão arterial de 115/70 mmHg, frequência cardíaca de 80 bpm, frequência respiratória de 12mpm e saturação de oxigênio de 99% em ar ambiente. Ao exame físico apresentava força preservada nos quatro membros. Exames laboratoriais abaixo:

Toxicológicos
Benzodiazepínicos: Positivo
Maconha: Positivo
Cocaína: Negativo
Exame qualitativo de urina
Aparência: Escura
Hemoglobina: Positivo
Glicose: Negativa
Leucócitos: 10/campo
Hemácias: 3/campo

Dentre as intervenções terapêuticas abaixo, qual a indicada para esse caso?

- (A) Diazepam.
- (B) Eletroencefalografia.
- (C) Hidratação endovenosa.
- (D) Observação.
- (E) Flumazenil.

05. Paciente de sexo feminino, com 62 anos, foi submetida a colectomia esquerda com anastomose terminoterminal. No quarto dia do pós-operatório apresentou piora do quadro geral, com sinais abdominais de irritação peritoneal, instabilidade hemodinâmica e redução do volume de diurese ($<0,3$ mL/Kg/h). Com suspeita de deiscência da anastomose foi submetida à laparotomia exploradora. Os achados da laparotomia confirmaram a suspeita de deiscência da anastomose e, adicionalmente, revelaram grande quantidade de conteúdo entérico na cavidade. Durante o procedimento recebeu 5000 mL de solução cristaloide e 600 mL de concentrado de hemácias. Seus exames, no retorno à UTI, mostravam: pH 7,14, pCO_2 34 mmHg, HCO_3 12 mmHg, Na^+ 142 mmol/L, Cl^- 109 mmol/L, K^+ 5,6 mmol/L, creatinina sérica 1,46 mg/dL, ureia sérica 98 mg/dL e lactato plasmático 9,0 mmol/L. Foi indicada, após avaliação nefrológica, terapia de substituição da função renal. Qual o tratamento dialítico recomendado para esta paciente, entre as opções da tabela abaixo?

D=difusão; C=convecção; VJ=veia jugular; VF=veia femoral.

| | Depuração | Dose de efluente (mL/Kg/h) | Ultrafiltração efetiva (mL/Kg/h) | Anticoagulação | Acesso vascular | Membrana |
|-----|-----------|----------------------------|----------------------------------|----------------|-----------------|------------|
| (A) | D | 20 | 0,25 a 0,75 | Citrato 4% | VJD | hemofiltro |
| (B) | D + C | 25 | 0,50 | Citrato 2% | VFD | dialisador |
| (C) | C | 30 | 0,25 | Heparina | VJE | hemofiltro |
| (D) | C + D | 30 | 0 | Citrato 4% | VJD | hemofiltro |
| (E) | D | 30 | 1,0 | Citrato 2% | VJE | dialisador |

06. São causas de acidose metabólica com *anion gap* normal:

- (A) diarreia profusa e acidose tubular renal.
- (B) insuficiência renal crônica e acidose láctica.
- (C) acidose láctica e cetoacidose diabética.
- (D) insuficiência renal crônica e insuficiência renal aguda.
- (E) insuficiência renal aguda e diarreia profusa.

07. Em relação às vacinações em pacientes transplantados renais e candidatos ao transplante renal, assinale a alternativa correta.

- (A) Os esquemas de vacinação devem preferencialmente ser executados na fase da doença renal crônica pré-transplante.
- (B) Não há necessidade de vacinas, pois a imunossupressão as torna ineficazes.
- (C) Vacinas com vírus inativados e atenuados são seguras em pacientes transplantados.
- (D) A vacina da febre amarela deve ser feita em transplantados que residem ou viajam para regiões endêmicas.
- (E) As vacinações de contatos e equipes de saúde não são indicadas para a proteção ao paciente transplantado.

08. Paciente de 65 anos, de sexo masculino, em diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC) há 3 anos, procura atendimento por dor abdominal difusa, que se iniciou há dois dias; sem febre ou alteração do hábito intestinal ou queixas urinárias. A pressão arterial (PA) era de 140/90 mmHg, encontrava-se prostado, afebril, com sinais de irritação peritoneal difusa e sem sinais flogísticos no óstio do cateter. O líquido de diálise tinha aspecto levemente turvo, com 146 células, sendo 60% de neutrófilos, com bacterioscópico negativo. Foi feito o diagnóstico de peritonite relacionada à DPAC e tratado, por protocolo, com cefepime e vancomicina intraperitoneal além de analgesia via oral. Em 48 horas referia alívio da intensidade da dor, que persistia agora localizada apenas na fossa ilíaca e flanco esquerdos, sem febre ou outras queixas. A PA era de 150/80 mmHg, e, ao exame, apresentava dor à palpação e sinais de irritação peritoneal, localizados na fossa ilíaca e flanco esquerdos; o líquido de diálise era límpido e mostrava 24 células com 8% de neutrófilos. Foi intensificada a analgesia e solicitados hemograma, provas de função hepática e pancreática.

Considerando a evolução do caso, pode-se afirmar que:

- (A) a evolução do quadro de dor abdominal e do líquido de diálise é compatível com peritonite relacionada à diálise peritoneal e apenas o tratamento com antibióticos e analgésicos é necessário.
- (B) a evolução da dor abdominal de forma persistente e localizada, apesar da melhora da citologia do líquido de diálise, impõe a investigação de uma possível causa secundária de peritonite.
- (C) está indicada a remoção imediata do cateter de diálise peritoneal.
- (D) em função da persistência dos sintomas, apesar do bacteriológico negativo, o esquema antibiótico deve ser modificado, para incluir um aminoglicosídeo.
- (E) está indicada a suspensão dos antibióticos, porque houve resolução das anormalidades do líquido de diálise peritoneal.

09. Considere as afirmações abaixo sobre a situação de um paciente com sódio sérico de 120 mEq/L e seu tratamento.

- I - O tratamento deve ser agressivo, independente da sintomatologia do paciente.
- II - Está indicada a restrição de aporte de água livre.
- III- Se o paciente apresenta manifestações neurológicas secundárias à hiponatremia, pode ser feito "bólus" de NaCl hipertônico.

Quais estão corretas?

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

10. Em paciente com quadro clínico de síndrome nefrótica, com taxa de filtração glomerular de 36 mL/min/1,73 m² (previamente 98 mL/min/1,73 m²) e proteinúria 14,8 g em 24 horas, foi feito o diagnóstico histológico de nefropatia membranosa por biópsia renal. Foram excluídas causas secundárias da doença através de exames laboratoriais e sorológicos negativos. O anticorpo antirreceptor de fosfolipase A2 (anti-PLA2R) foi positivo. Indicada imunossupressão, qual a opção inicial?

- (A) Prednisona 0,15 mg/kg/dia e ciclosporina, na dose de 3,5 mg/kg/dia, por 6 meses.
- (B) Metilprednisolona 1 g endovenosa, por 3 dias, seguida de prednisona 0,5 mg/kg/dia, por 27 dias associada com rituximabe 1 grama em duas doses, nos dias 1º e 15 e aos 6 meses.
- (C) Prednisona 0,15 mg/kg/dia e tacrolimus, na dose de 0,1 mg/kg/dia, por 12 meses.
- (D) Metilprednisolona 1 g endovenosa, por 3 dias, seguida de prednisona 0,5 mg/kg/dia, por 27 dias nos meses 1-3-5, e ciclofosfamida 2,5 mg/kg/dia nos meses 2-4-6.
- (E) Associar inibidor de calcineurina e rituximabe, por 6 meses.

11. Assinale a alternativa correta a respeito do surgimento de neoplasias em pacientes transplantados de órgãos sólidos, incluindo os pacientes transplantados renais.

- (A) A taxa de incidência padronizada não difere da encontrada na população geral.
- (B) Linfomas não Hodgking são as neoplasias mais frequentes em receptores de transplantes.
- (C) Neoplasias cutâneas são as neoplasias mais frequentes em receptores de transplantes.
- (D) Transmissão não intencional de tumores, do doador para receptores, é um evento comum.
- (E) Em receptores de transplantes renais a ocorrência de tumores malignos em rins nativos é semelhante a que ocorre na população geral.

12. Um homem de 70 anos foi diagnosticado há dois dias com infarto do miocárdio e foi submetido a cateterismo cardíaco e angioplastia coronária da artéria descendente anterior esquerda. Apresentou elevação da creatinina sérica e queixou-se de alterações na coloração dos pés (figura abaixo). Qual das alterações abaixo seria mais provável de ser encontrada em exames laboratoriais?



- (A) Eosinofilia.
- (B) Hiponatremia.
- (C) Hipocalcemia.
- (D) Cilindros urinários granulares.
- (E) Leucopenia.

13. Paciente de sexo masculino, 57 anos, com doença renal crônica secundária à nefropatia diabética, cardiopatia isquêmica e fibrilação atrial, em hemodiálise há três anos, usando como medicação sevelamer, calcitriol, enalapril, apixabana, complexo B e ácido fólico, queixa-se de lesões ulceradas, dolorosas, cobertas por espessas escaras pretas na região posterior da perna direita e na nádega direita. Não há sinais de infecção como presença de eritema ou secreção purulenta. Foi feito o diagnóstico de calcifilaxia, iniciado tiosulfato de sódio três vezes por semana após hemodiálise e suspenso o calcitriol. Apesar dessas medidas, o paciente continua apresentando muita dor, e as lesões aumentaram. A avaliação laboratorial mostrou cálcio sérico de 8,6 mg/dL, fósforo sérico de 4,2 mg/dL, nível sérico de hormônio da paratireoide (PTH) 120 pg/mL e de 25-hidroxivitamina D 15 ng/mL. Qual das seguintes opções terapêuticas está indicada para o paciente neste momento?

- (A) Pamidronato.
- (B) Colecalciferol.
- (C) Paratireoidectomia subtotal.
- (D) Tratamento com oxigênio hiperbárico.
- (E) Aumentar o tempo da diálise.

14. Qual a resposta fisiológica compensatória a uma acidose respiratória?

- (A) Rápido início de hiperventilação, com queda na $p\text{CO}_2$.
- (B) Rápida reabsorção tubular renal de bicarbonato, com elevação de bicarbonato sérico.
- (C) Lenta redução da $p\text{CO}_2$.
- (D) Rápido aumento da reabsorção tubular de hidrogênio, com redução do bicarbonato sérico.
- (E) Lenta reabsorção tubular renal de bicarbonato, com elevação de bicarbonato sérico.

15. O teste de equilíbrio peritoneal (PET), em pacientes em diálise peritoneal, avalia a eficiência e as propriedades de transporte da membrana peritoneal, quanto à sua capacidade de difusão e ultrafiltração. Considere as afirmativas abaixo quanto ao resultado do PET.

- I - Pacientes rápido-transportadores em diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC) apresentam uma boa capacidade de remoção de solutos, mas baixa taxa de ultrafiltração.
- II - Pacientes lento-transportadores apresentam-se, em geral, com sobrecarga de volume.
- III- Diálise peritoneal automatizada com tempos de permanência mais curtos é preferível para pacientes rápido-transportadores.

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.

16. Considere as doenças glomerulares listadas abaixo.

- I - Púrpura trombocitopênica trombótica.
- II - Doença do anticorpo antimembrana basal glomerular.
- III- Glomerulonefrite imunitoide.
- IV - Variante peri-hilar da glomerulosclerose segmentar e focal.

Quais têm indicação formal de tratamento com plasmaferese e corticosteroides, na fase aguda?

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

17. Paciente de sexo feminino, de 70 anos, com doença renal crônica secundária a nefropatia diabética está em tratamento com hemodiálise há dois anos. Refere cansaço, de início há dois meses, principalmente aos esforços. Nega epigastralgia e sangramento vaginal, nas fezes ou no acesso vascular. Faz uso regular de eritropoietina. Ao exame físico, com mucosas descoradas, sem linfadenopatias, sopro de ejeção em foco aórtico, pulmões limpos, abdômen sem organomegalias ou massas palpáveis e sem edema periférico. Os exames de rotina mensal mostraram hemoglobina 8,3 g/dL, ureia 120 mg/dL, creatinina 6,4 mg/dL, potássio 4,6 mEq/L, ferritina 200 $\mu\text{g/dL}$, saturação da transferrina 15%. Qual a conduta terapêutica para essa paciente?

- (A) Aumentar a dose de eritropoietina.
- (B) Prescrever hidróxido de ferro parenteral.
- (C) Manter o tratamento atual.
- (D) Solicitar colonoscopia.
- (E) Prescrever vitamina B parenteral.

18. Mulher de 76 anos, tabagista, usando um maço de cigarros por dia durante 40 anos, procura atendimento por hipertensão arterial sistêmica de difícil controle, diagnosticada há 5 anos. Há 8 anos foi submetida à cirurgia de revascularização do miocárdio. Ao exame físico, peso 66 kg, altura 1,69 m e pressão arterial 186/106 mmHg, na média de duas medidas. Outros achados incluíam um sopro carotídeo à esquerda e pulsos pediosos diminuídos bilateralmente. Exames mostraram creatinina 1,75 mg/dL, o potássio 3,9 mg/dL e rins direito e esquerdo com tamanhos, respectivamente, de 10,5 cm e 9,4 cm, em ecografia do sistema urinário. As medicações em uso incluíam metoprolol 50 mg 2 vezes/dia, anlodipino 5 mg 2 vezes/dia, hidralazina 100 mg 3 vezes/dia, hidroclorotiazida 25 mg 1 vez/dia e atorvastatina 80 mg/dia. Baseado no quadro clínico descrito, qual seria o melhor procedimento diagnóstico para a avaliação da paciente?

- (A) Angiorressonância magnética do abdômen com contraste.
- (B) Arteriografia renal.
- (C) Ultrassonografia com *Doppler* das artérias renais.
- (D) Cintilografia renal com 99m TC-DTPA/MAG3 e teste do captópril.
- (E) Angiotomografia computadorizada com contraste.

19. Assinale a alternativa **INCORRETA** a respeito da nefropatia pelo vírus poliomia (PV) em pacientes transplantados renais.

- (A) Essa infecção pode acometer até 10% dos receptores de transplante renal.
- (B) A intensidade da imunossupressão tem papel importante na ocorrência da infecção.
- (C) A principal manifestação é a deterioração da função do enxerto renal.
- (D) No manejo recomenda-se a redução da intensidade da imunossupressão.
- (E) Cidofovir deve ser utilizado tão logo o diagnóstico da nefropatia pelo PV seja feito.

20. Com relação à síndrome de desequilíbrio é **INCORRETO** afirmar que

- (A) é caracterizada por cefaleia, confusão mental, câimbras, náuseas e vômitos, podendo levar a convulsões.
- (B) sua prevalência diminui com o uso de soluções de diálise com sódio entre 138 e 140 mEq/L.
- (C) pode ser evitada com o uso de difenilidantoína.
- (D) deve ser feito o diagnóstico diferencial com hematoma subdural.
- (E) pode ser prevenida com uma prescrição de diálise menos eficiente.

21. Um homem de 75 anos, pós-revascularização do miocárdio e substituição da válvula biológica mitral, é avaliado na unidade de terapia intensiva. Seu período pós-operatório foi complicado por pneumonia associada à ventilação mecânica e derrame pleural bilateral exigindo drenos de tórax. Ele foi extubado e teve seus drenos removidos, recebendo alimentação por gastrostomia percutânea nas últimas quatro semanas. Atualmente em uso de aspirina, carvedilol, atorvastatina, ceftazidima e pantoprazol. Ao exame: temperatura 35,6°C, pressão arterial é de 95/55 mmHg, o pulso é de 50bpm e a frequência de respiração é de 20 mpm. Paciente está sonolento mas responde com sons incompreensíveis quando estimulado. Seus exames laboratoriais estão listados abaixo:

| | |
|-----------------------|-------------------------------------------|
| Sódio: 145 mEq/L | LDH: 200 U/L (140-280 U/L) |
| Cloro: 110 mEq/L | Vitamina D3: 22 pg/mL |
| Potássio: 3,4 mEq/L | Paratormônio: 9 pg/mL (10-60 pg/mL) |
| Bicarbonato: 26 mEq/L | Leucócitos: 10.000 com diferencial normal |
| Ureia: 70 mg/dL | Hemoglobina: 9 g/dL |
| Glicose: 112 mg/dL | Hematócrito: 30% |
| Creatinina: 1,4 mg/dL | Plaquetas: 165.000 /mm ³ |
| Cálcio: 11,1 mg/dL | |
| Fósforo: 1,0 mg/dL | |
| TGO: 6 U/L | |
| Albumina: 2,5 mg/dL | |

Qual é a causa mais provável de sua hipercalcemia?

- (A) Anemia hemolítica.
- (B) Imobilização.
- (C) Malignidade.
- (D) Hiperparatireoidismo primário.
- (E) Hiperparatireoidismo secundário.

22. Assinale a alternativa **INCORRETA** em relação à imunossupressão utilizada no transplante renal.

- (A) A globulina antitimocitária é uma preparação policlonal que contém anticorpos dirigidos a diversos marcadores de superfície dos linfócitos T.
- (B) O Basiliximabe é um anticorpo dirigido à cadeia alfa do receptor da interleucina-2, utilizado na profilaxia e tratamento das rejeições celulares agudas.
- (C) Imunoglobulinas policlonais são utilizadas nas estratégias de dessensibilização e para o tratamento de rejeições mediadas por anticorpos.
- (D) Os inibidores da calcineurina são parte importante do esquema de imunossupressão profilática.
- (E) Entre os principais efeitos colaterais dos inibidores da mTOR estão a proteinúria, dislipidemia e pneumonite não infecciosa.

23. A nefropatia por IgA é a glomerulopatia mais prevalente nas diferentes regiões do mundo. No Brasil acomete 20% de pacientes, na Europa e Estados Unidos 25%, chegando a uma prevalência de 40% no continente asiático e 50% na China. No contexto clínico da nefropatia por IgA, qual a forma de apresentação clínica mais frequente, em que **NÃO** é necessário o tratamento com agentes imunossupressores como prednisona, ciclofosfamida ou micofenolato mofetil?

- (A) Hematúria glomerular assintomática, sem proteinúria.
- (B) Síndrome nefrótica.
- (C) Glomerulonefrite rapidamente progressiva.
- (D) Hematúria macroscópica sinfaringítica.
- (E) Presença de proteinúria nefrótica e perda de função renal, de forma progressiva.

24. Em relação às complicações após o transplante renal, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- (A) Entre as complicações infecciosas bacterianas, a infecção do trato urinário é a mais frequente.
- (B) As infecções por CMV (citomegalovírus) são classificadas em infecção ativa, doença citomegálica e doença citomegálica invasiva.
- (C) A hipertensão arterial sistêmica pós-transplante é uma condição de elevada frequência.
- (D) A mortalidade por doença cardiovascular pós-transplante é considerada baixa e não está associada à evolução do enxerto renal.
- (E) Leucopenia é um evento frequente com várias etiologias possíveis.

25. A glomerulosclerose segmentar e focal primária apresenta cinco variantes histológicas na microscopia óptica. Uma destas variantes é a mais comum, apresentando esclerose segmentar com sinéquia que se adere à cápsula de Bowman, podendo evoluir para esclerose global, com perda progressiva de função renal e evolução para doença renal crônica. Das variantes listadas abaixo, qual delas corresponde à descrita?

- (A) *Tip lesion*.
- (B) Celular.
- (C) Peri-hilar.
- (D) Sem outra especificação (NOS).
- (E) Colapsante.