





**01. Paciente de 52 anos sexo feminino, múltipara e politransfundida, encontra-se atualmente no 12º DPO de transplante renal em diálise. Não houve necessidade de diálise no POI, e no 6º DPO, ela teve alta hospitalar com creatinina de 1,2mg/dl. No 10º DPO, apresentou elevação da creatinina que gradativamente chegou até 9mg/dl quando iniciou terapia dialítica por FAV. Possui painel de 85% e foi transplantada com Cross match CDC negativo, porém com DSA histórico com MFI de 7000 em classe I. O protocolo de IMS foi composto de indução com Timoglobulina +TAC+ MMF + PRED.**

**De acordo com o caso clínico acima, assinale a alternativa que contém o diagnóstico e a conduta mais provável.**

- A) Trata-se provavelmente de uma DGF prolongada, já que, no Brasil, a incidência de tal problema está em torno de 80%. A conduta mais acertada é aguardar a recuperação da função renal, sem necessidade de biópsia no momento.
- B) Trata-se provavelmente de uma uropatia obstrutiva por problemas na anastomose urinária, já que a necrose de ponta de ureter se manifesta mais frequentemente, nesse período do transplante. A conduta mais acertada é realizar nefrostomia de urgência e tirar a paciente da insuficiência renal de imediato.
- C) Trata-se provavelmente de uma rejeição. Um USG deve ser realizado para descartar hidronefrose. Caso não exista hidronefrose, a paciente deve ser pulsada de urgência com metilprednisolona IV e submetida à biópsia com análise de microscopia óptica e por imunofluorescência ou imunohistoquímica para pesquisa da marcação do C4d, já que o tipo mais provável de rejeição é de uma rejeição humoral aguda. O tratamento deve ser complementado com plasmaférese e IViG.
- D) Trata-se provavelmente de necrose de ponta de ureter. A paciente deve ser operada de urgência para realizar nova anastomose urinária.
- E) Trata-se provavelmente de um processo de rejeição. O tipo mais provável é uma rejeição celular aguda do tipo borderline. A paciente deve ser pulsada de imediato com metilprednisolona IV e submetida à biópsia por microscopia óptica para posterior confirmação diagnóstica.

---

**02. Qual o tratamento mais adequado para um primeiro episódio de rejeição celular aguda com aumento de creatinina classificada como IA pela classificação de BANFF 2017?**

- A) Timoglobulina 6mg/Kg
- B) Basiliximab 20mg IV duas doses com intervalo de 4 dias
- C) Metilprednisolona IV 500mg três doses em dias alternados
- D) Tacrolimus em terapia de resgate na dose de 2mg/kg e aumentar a prednisona para 1mg/kg por 30 dias.
- E) OKT3 por 10 dias

---

**03. Segundo os critérios de BANFF, na biópsia renal de um paciente transplantado apresentando rejeição celular aguda classificada como IIB, o que deveremos encontrar com relação aos graus de infiltrado em Vasos(v), Interstício(i) e Túbulos(t)?**

- A) v1/i1/t2
- B) v0/i2/t2
- C) v3/i2/t2
- D) v1/i2/t2
- E) v2/i1/t1

---

**04. Paciente de 36 anos, tem cPRA de 0%, foi submetido a transplante renal há 3 meses e tem creatinina sérica de 1,0mg/dl. Recebeu indução com Timoglobulina e encontra-se sobre esquema de imunossupressão com ciclosporina + Micofenolato + prednisona. O nível sérico de ciclosporina(t0) está em 250 ng/mL. Em uma biópsia protocolar realizada também aos 3 meses de transplante, foi flagrada uma rejeição celular aguda grau IA.**

**Qual a melhor conduta a ser seguida em relação ao esquema de imunossupressão de base?**

- A) Permanecer com o mesmo esquema de imunossupressão e tentar elevar o nível sérico da ciclosporina para 350 ng/mL.
- B) Realizar a troca do Micofenolato pelo Everolimus e manter níveis séricos de ciclosporina em 350ng/mL.
- C) Realizar a troca de ciclosporina por Sirolimus e manter o nível sérico do Sirolimus em 8ng/mL.
- D) Realizar a troca da ciclosporina pelo Tacrolimus e manter o nível sérico do Tacrolimus em torno de 10 ng/mL.
- E) Trocar a ciclosporina por Tacrolimus e manter um nível sérico de Tacrolimus em 10ng/mL, além de aumentar a dose da prednisona para 1mg/kg durante um ano.

**05. Paciente de 43 anos cPRA de 0% foi submetido a transplante renal há 15 dias, com doador de 68 anos. Recebeu imunossupressão compreendendo indução com Timoglobulina(6mg/Kg) + Sirolimus + Micofenolato + Prednisona. Apresentou elevação da creatinina e biópsia revelou rejeição celular aguda grau III.**

**Qual a melhor conduta a ser seguida?**

- A) Refazer tratamento com Timoglobulina na dose de 6mg/kg e converter o esquema de imunossupressão de base para Tacrolimus + Micofenolato + Prednisona.
  - B) Realizar pulsoterapia com Metilprednisolona e converter a imunossupressão de base para Ciclosporina + Micofenolato + Prednisona.
  - C) Realizar pulsoterapia com Metilprednisolona e converter o esquema de imunossupressão de base para Tacrolimus + Micofenolato + Prednisona.
  - D) Realizar tratamento com Timoglobulina na dose total de 3mg/kg e converter o esquema de imunossupressão de base para Tacrolimus + Micofenolato + Prednisona.
  - E) Realizar tratamento com Timoglobulina por 10 dias, ajustando a dose de acordo com a taxa de linfócitos e converter a imunossupressão de base para Tacrolimus + Micofenolato + Prednisona.
- 

**06. Qual desses fatores de risco NÃO está associado ao aumento de litíase renal?**

- A) DM
  - B) HAS
  - C) Infarto
  - D) Obesidade
  - E) Uso de leite e derivados
- 

**07. Qual das doenças abaixo está MAIS associada a cálculos renais?**

- A) Doença de Chron
  - B) Anemia Falciforme
  - C) Anemia Hemolítica
  - D) LES
  - E) HIV
- 

**08. Paciente chega ao consultório após vivenciar nova crise de cólica renal. Depressivo crônico, hipertenso e hipocondríaco faz uso de várias drogas que estão listadas abaixo.**

**Qual dessas NÃO deve ser recomendada a pacientes litíásicos?**

- A) Lítio
  - B) AINH
  - C) IECA
  - D) Vitamina C
  - E) Bloqueador dos canais de cálcio
- 

**09. No pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica, o paciente consegue seus objetivos: controla HAS, dislipidemia e outros parâmetros da Síndrome Metabólica. Paradoxalmente, passa a formar cálculos renais frequentemente.**

**Que tipo de alimentos seria recomendado que ele evitasse, uma vez que não tem HAS ou DM?**

- A) Sal
  - B) Carne vermelha
  - C) Vinho tinto e café
  - D) Chocolate e amendoim
  - E) Crustáceos
-

**10. Paciente do sexo masculino chega ao consultório em Ouricuri, após nova cólica renal. Tem IMC de 28, glicemia de 115mg/dL, HDL<40 e níveis pressóricos acima do recomendado. Sem possibilidade de estudo metabólico, que droga deveria ser usada empiricamente para evitar recidivas de cálculos?**

**Que anormalidade urinária ou metabólica está se querendo evitar?**

- A) Citrato de potássio / hiperacidez urinária
- B) IECA / bloqueio na produção de espécies reativas de O<sub>2</sub>
- C) Indapamida ou hidroclorotiazida / hipercalcúria
- D) Tamsulosina / obstrução urinária
- E) Rosuvastatina / Redução na formação do estresse oxidativo

**11. Paciente em sua 1ª gestação é admitida na UTI obstétrica, com quadro de descolamento prematuro de placenta e grande perda volêmica, sendo operada de imediato. Após 48h, inicia TRS, em virtude de apresentar ureia de 150mg/dL e acidose metabólica. No hemograma, evidencia-se leucocitose leve, o que motivou o uso de cefalosporina de 3ª geração. Após 2 semanas, permanece anúrica, e seu USG renal foi normal. Sem anormalidade ao exame físico.**

**Qual o diagnóstico mais provável de sua LRA?**

- A) LRA pré-renal
- B) Ligadura acidental de ureter (pós-renal)
- C) Microangiopatia trombótica
- D) Necrose cortical
- E) Nefrite intersticial por droga

**12. Que fator abaixo NÃO é considerado de risco para mortalidade em pacientes com LRA?**

- A) Aumento de peso >10% às custas de BH+
- B) Dobrar creatinina sérica
- C) Retardo no chamado do nefrologista
- D) Assistência ventilatória mecânica
- E) Uso de aminoglicosídeos e polimixina b

**13. Paciente é admitido com choque séptico secundário a abdômen agudo e peritonite fecal após deiscência de anastomose intestinal primária realizada dias antes. Hipercatabólico, com acidose e hipercalêmico, que modalidade de TRS NÃO deveria ser usada, considerando que o paciente se encontra estável hemodinamicamente, às custas de baixa dose de droga vasoativa?**

- A) HDFVVC
- B) Hemodiálise clássica diária, com fluxo de sangue de 350ml/min em cateter femoral
- C) Hemodiálise clássica, com fluxo de dialisato elevado e fluxo de sangue de 300ml/min
- D) SLED
- E) Hemodiálise clássica com capilar de alto fluxo

**14. Em relação às complicações da Diálise Peritoneal (DP), em portador de diabetes mellitus, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) O uso da solução com dextrose pode levar a descontrole glicêmico.
- B) Translocação do cateter pode necessitar de intervenção cirúrgica.
- C) O tratamento inicial da peritonite bacteriana deve cobrir germes gram-positivos e gram-negativos.
- D) A peritonite fúngica pode ser tratada sem retirada do cateter.
- E) A peritonite por staphylococcus coagulase negativo deve ser tratada por 14 dias.

**15. Em relação ao teste de equilíbrio peritoneal (PET), assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Utiliza-se para classificar o tipo de transporte da membrana peritoneal.
- B) Auxilia no diagnóstico de falha na depuração de solutos.
- C) Alto transportador tem um equilíbrio mais rápido de soluto e menor ultrafiltração.
- D) Baixo transportador apresenta equilíbrio mais lento de soluto com melhor ultrafiltração.
- E) Pode-se avaliar a adequação da diálise peritoneal.

**16. Sobre diálise peritoneal, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) A ultrafiltração não depende do gradiente de concentração do agente osmótico.
  - B) O teste de equilíbrio peritoneal é utilizado para a classificação do transporte de solutos em três categorias.
  - C) O alvo mínimo de  $k/t_v$  desejado é de 1,7.
  - D) Define-se falência de ultrafiltração, quando se obtém um efluente menor que 200 ml após uma permanência de 4h, com dextrose 4,25%.
  - E) Deve-se evitar o uso de bloqueadores do receptor da angiotensina (BRA).
- 

**17. Considerando-se a peritonite, secundária à diálise peritoneal, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Paciente com dor abdominal e líquido turvo deve ter o tratamento empírico iniciado de imediato.
  - B) É necessária uma contagem acima de 200 células/mL, no líquido peritoneal, para confirmação diagnóstica.
  - C) Recomenda-se que a via preferencial de antibióticos seja sempre a intraperitoneal, exceto na presença de quadro de sepses.
  - D) Considera-se peritonite refratária a falha de resposta terapêutica após o quinto dia de antibioticoterapia.
  - E) Em caso de peritonite por pseudomonas, fazer uso de duas drogas com ação antipseudomonas.
- 

**18. A modalidade dialítica ideal para um paciente jovem, com grave hipertensão intracraniana, por tumor cerebral, em programação cirúrgica e apresentando Lesão Renal Aguda (LRA), é**

- A) diálise peritoneal de alto volume.
  - B) hemodiálise contínua lenta.
  - C) ultrafiltração, apenas.
  - D) hemodiafiltração estendida diária (SLED).
  - E) hemodiálise intermitente.
- 

**19. Quanto ao tratamento da Síndrome Hepato-renal tipo I, utiliza(m)-se como primeira linha de tratamento**

- A) vasoconstrictores, como a terlipressina em associação com albumina.
  - B) expansão volêmica com cristaloides.
  - C) uso exclusivo de albumina.
  - D) vasodilatadores.
  - E) diuréticos.
- 

**20. Paciente idoso, hipertenso, diabético e tabagista foi submetido a um procedimento endovascular para correção de aneurisma de aorta. Evolui, após alguns dias, com piora gradual da função renal, livedo reticular em membros inferiores e dores abdominais. Qual seria a provável causa da lesão renal aguda?**

- A) Necrose tubular aguda
  - B) Nefropatia induzida por contraste
  - C) Ateroembolismo renal
  - D) Rabdomiólise
  - E) Necrose cortical
- 

**21. Qual das alternativas abaixo descreve a melhor evidência para estabelecer um diagnóstico presuntivo de glomeruloesclerose segmentar e focal primária em um paciente sem história de uso de drogas, sem câncer ou infecções?**

- A) Lesão segmentar glomeruloesclerótica em, pelo menos, um glomérulo avaliado pela microscopia óptica.
  - B) Lesão segmentar glomeruloesclerótica em, pelo menos, um glomérulo avaliado pela microscopia óptica + depósito focal e segmentar de IgM na imunofluorescência.
  - C) Lesão segmentar glomeruloesclerótica em, pelo menos, um glomérulo avaliado pela microscopia óptica + fusão de processos podocitários difusos pela microscopia eletrônica.
  - D) Lesão segmentar glomeruloesclerótica em, pelo menos, um glomérulo avaliado pela microscopia óptica + níveis séricos elevados de receptor solúvel de uroquinase (suPAR).
  - E) Lesão segmentar glomeruloesclerótica em, pelo menos, um glomérulo avaliado pela microscopia óptica + níveis plasmáticos elevados de fator indutor de permeabilidade glomerular.
-

**22. Qual dos seguintes achados na biópsia renal sugere que uma glomerulopatia membranosa primária é mais provável?**

- A) Depósito extenso de C3 nas alças capilares pela imunofluorescência
- B) Depósitos eletrodensos coalescentes no espaço subepitelial pela microscopia eletrônica
- C) Hiperexpressão do anti-PLA2R na imunofluorescência após digestão pela pronase do tecido embebido em parafina
- D) Dominância da IgG subclasse 2 nos depósitos glomerulares na imunofluorescência com anti-PLA2R negativo
- E) Infiltração extensa de histiócitos xantomatosos em região mesangial pela microscopia óptica

**23. Paciente de 29 anos, negro, portador de HIV, usuário de drogas injetáveis é admitido no hospital com febre decorrente de abscessos cutâneos e lesão renal aguda. Relata uso de terapia antirretroviral (TARV) há vários anos e apresenta carga viral indetectável. Exames iniciais demonstram proteinúria = 3g/dia e sumário de urina com acantócitos.**

**Qual o diagnóstico mais provável?**

- A) Lesão renal aguda decorrente do uso de TARV
- B) Nefropatia associada ao HIV (HIVAN), principalmente GESF colapsante
- C) Glomerulonefrite infecciosa, com predomínio de IgA
- D) Nefropatia por imunocomplexos associada ao HIV (HIVICK)
- E) Glomerulonefrite pós-infecciosa

**24. Uma mulher com diagnóstico recente de nefrite lúpica proliferativa foi tratada inicialmente com o esquema Euro lupus e iniciada manutenção com Micofenolato de Mofetila. No início do tratamento, apresentava os seguintes exames: creatinina = 1,2mg/dl, proteinúria = 3g/dia, 15 hemácias por campo no sumário de urina, C3 = 40mg/dl, C4 = 5 mg/dl, anti-DNA dupla hélice = 100 UI/ml. Agora, 12 meses após o quadro inicial, retorna com proteinúria = 600mg/dia, Cr = 0,7mg/dl, sem hematúria no sumário de urina.**

**Qual o melhor parâmetro para avaliar o prognóstico dessa paciente?**

- A) O prognóstico a longo prazo é favorável, porque a proteinúria caiu abaixo de 700 mg/dia após 1 ano.
- B) O prognóstico a longo prazo é reservado, porque a creatinina inicial estava alterada.
- C) O prognóstico a longo prazo é reservado, porque os níveis de C3 e C4 eram muito reduzidos, e o anti-DNA dupla hélice encontrava-se muito elevado no início do tratamento.
- D) O prognóstico a longo prazo é bom, porque houve negativação da hematúria no sumário de urina.
- E) Não é possível ter ideia do prognóstico renal a longo prazo sem a realização de uma nova biópsia renal.

**25. Homem de 80 anos é admitido na emergência, com história de 2 semanas de fadiga progressiva, redução importante do volume urinário e urina escura. Não apresentava sintomas relacionados a vias aéreas e estava afebril. Exames iniciais com Cr = 7,0mg/dl (creatinina = 1,2mg/dl há 2 meses em exames de rotina), sumário de urina com hematúria e cilindros hemáticos e albumina 2+. Feita biópsia renal que mostrou 25 glomérulos com 85% de crescentes fibrocelulares, com fibrose intersticial e atrofia tubular moderada, fechando o diagnóstico de glomeronefrite necronizante. Sorologia positiva para p-ANCA. Radiografia de tórax normal. Iniciou hemodiálise de urgência por hipercalemia e oligúria. Qual sua conduta nesse momento?**

- A) Iniciar Rituximab 1g EV a cada 15 dias.
- B) Suporte para doença renal crônica e confecção de fístula arteriovenosa
- C) Corticoide em alta dose + plasmaférese + Ciclofosfamida
- D) Corticoide em alta dose + Rituximab 375mg/m<sup>2</sup> mensal por 6 meses
- E) Plasmaférese + Imunoglobulina humana endovenosa 400mg/kg/dia por 5 dias

**26. Sobre os determinantes da Filtração Glomerular, é CORRETO afirmar que**

- A) a contração de células mesangiais glomerulares provoca um aumento na área disponível para filtração, aumentando o coeficiente de filtração ( $K_f$ ) e, conseqüentemente, um aumento da Filtração Glomerular.
- B) uma constricção da Arteríola Eferente provoca um aumento na Pressão do Capilar Glomerular, o que aumenta a Pressão Efetiva de Ultrafiltração e a Filtração Glomerular e reduz a Fração de Filtração.
- C) os podócitos são importantes determinantes qualitativos, mas não quantitativos, da Filtração Glomerular.
- D) uma obstrução em qualquer ponto da via urinária leva a uma redução na pressão hidrostática do Espaço de Bowman, com conseqüente redução na Pressão Efetiva de ultrafiltração e do Ritmo de Filtração Glomerular.
- E) a pressão hidrostática sofre uma redução expressiva ao longo da extensão dos capilares glomerulares.

**27. Sobre o processamento renal do potássio, é INCORRETO afirmar que**

- A) quase todo o potássio filtrado é reabsorvido pelos túbulos. A quantidade excretada é regulada pela quantidade secretada.
- B) no néfron distal, as células Principais secretam potássio, enquanto as células Intercaladas o reabsorvem.
- C) um aporte elevado de sódio ao néfron distal leva a um aumento na secreção de potássio e, conseqüentemente, a um aumento de sua excreção.
- D) a taxa de excreção do potássio pode ser maior que a sua taxa de filtração.
- E) o ramo ascendente espesso da alça de Henle responde pela reabsorção da maior parte do potássio filtrado.

**28. Sobre as diversas funções dos rins, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) A **Eritropoetina** é um hormônio peptídico secretado por células do interstício renal cortical em resposta a uma redução da pressão parcial de oxigênio no ambiente local das células secretoras e serve para regular a produção de eritrócitos pela medula óssea.
- B) O **Calcitriol** (1, 25-dihidroxi-colecalciferol) é um metabólito com ação hormonal da Vitamina D produzido nas células tubulares proximais do néfron através da hidroxilação da 25-hidroxi-colecalciferol por ação da enzima alfa-1-hidroxilase. Entre suas ações, temos a promoção da absorção de cálcio pelo trato gastrointestinal, a reabsorção de cálcio pelos rins, a liberação de cálcio pelos ossos e a inibição da secreção de PTH pelas paratireoides.
- C) A **Renina** é uma enzima produzida pelas células granulares justaglomerulares em resposta a uma queda de pressão na arteríola aferente, a uma redução na carga de sódio que chega à mácula densa (feedback túbulo-glomerular) ou a um estímulo nervoso simpático. Age convertendo o **Angiotensinogênio** em **Angiotensina I**, sendo o fator limitante da via metabólica de produção de **Aldosterona**.
- D) O **Hormônio Antidiurético (ADH)** é um hormônio produzido no hipotálamo e secretado pela neurohipófise em resposta a um aumento na osmolaridade plasmática, a uma queda na pressão arterial sistêmica ou a uma redução no retorno venoso. Nos rins, o ADH promove a inclusão de aquaporinas à membrana apical de células tubulares no néfron distal, tornando esse segmento permeável à água e promovendo a reabsorção de água livre.
- E) O **Paratormônio (PTH)** é um hormônio produzido nas glândulas paratireoides. Sua produção é regulada pelas concentrações séricas de cálcio e de calcitriol. Nos rins, estimula a reabsorção de cálcio no ramo ascendente espesso da alça de Henle, no túbulo distal e no duto coletor, inibe a reabsorção tubular de fósforo e estimula a hidroxilação da 25-OH-colecalciferol.

**29. Homem de 79 anos de idade, morador de Olinda, reside com sua esposa. Hipertenso em uso de enalapril, diabético insulino dependente, passado de amputação em membro inferior esquerdo secundário à vasculopatia diabética. Vem para consulta ambulatorial com nefrologista. A dosagem da creatinina sérica do paciente permitiu estimar a TFG pelo CKD-EPI em 14ml/min/1,73m<sup>2</sup>. Apresenta anemia e hiperfosfatemia leve. A conduta MAIS ADEQUADA para esse paciente é**

- A) considerar suspensão do IECA; orientar dieta e controle glicêmico, objetivando Hb1aC <8 e apresentar a opção de diálise peritoneal.
- B) manter o uso de IECA; orientar controle dietético e glicemias, objetivando Hb1aC <7 e providenciar acesso definitivo.
- C) manter o uso do IECA; orientar dieta e controle glicêmico, objetivando Hb1aC <7, atualizar vacinação e iniciar diálise de urgência.
- D) considerar suspensão do IECA; orientar dieta e controle glicêmico, objetivando Hb1aC<8, atualizar vacinação e iniciar diálise de urgência.
- E) manter o uso do IECA, orientar dieta, iniciar quelante de fósforo e controle glicêmico, objetivando Hb1aC<7 e apresentar opções de terapia renal substitutiva.

**30. Mulher de 58 anos com diabetes, hipertensão e miocardiopatia isquêmica, apresenta DRC estágio 3B A2. No exame físico, sua PA é 127/71 mmHg, ausculta cardíaca revela presença de quarta bulha, e edema no tornozelo está presente (+2/+4). A paciente é tratada com várias medicações, incluindo inibidor da ECA. Em relação ao seu risco cardiovascular, qual das seguintes afirmações é CORRETA?**

- A) DRC aumenta o risco de eventos cardiovasculares, excluindo acidente vascular cerebral.
- B) DRC está associada com aumento de risco para eventos cardiovasculares apenas quando a TFG é  $\leq 15$  ml/min/1,73m<sup>2</sup>.
- C) DRC e albuminúria são, isoladamente, fatores de risco independentes para doença cardiovascular.
- D) Entre pacientes com insuficiência cardíaca, DRC não afeta o risco de hospitalizações.
- E) A adição de bloqueador de receptor de angiotensina (BRA) reduziria o risco do paciente para eventos cardiovasculares subsequentes.

**31. Quanto à hipertrofia ventricular de pacientes com Doença Renal Crônica (DRC), é CORRETO afirmar que**

- A) hiperpotassemia é comum a partir do estágio 3B e importante fator na patogênese da hipertrofia ventricular em pacientes com DRC.
- B) a hipertrofia ventricular esquerda acontece em 10% dos pacientes no estágio 4-5, mas está associada a maior risco de mortalidade cardiovascular.
- C) embora a hipertrofia ventricular seja altamente prevalente, não existem evidências de sua associação com mortalidade cardiovascular.
- D) os distúrbios do metabolismo mineral ósseo não se associam à insuficiência cardíaca, tendo pouca influência na progressão da hipertrofia ventricular.
- E) arritmias, disfunção diastólica e doença isquêmica não aterosclerótica estão associadas à hipertrofia ventricular e à maior mortalidade em pacientes com DRC.

**32. O papel da dislipidemia na progressão da doença renal tem sido estudado intensamente, nos últimos anos. Com relação às dislipidemias na Doença Renal Crônica (DRC), assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Os níveis elevados de LDL-colesterol são mais frequentemente observados em pacientes em diálise peritoneal, quando comparados àqueles submetidos à hemodiálise.
- B) A DRC é habitualmente caracterizada por hipertrigliceridemia, colesterol total normal ou diminuído, LDL elevado e HDL baixo.
- C) A redução na atividade da lipase lipoproteica (LPL) e da lecitil-acil-colesterol transferase (LCAT) justifica a hipertrigliceridemia observada na doença renal crônica.
- D) A hipertrigliceridemia, por ser a anormalidade lipídica mais comum na DRC, deve ser tratada habitualmente com o uso de fibratos.
- E) Nos pacientes dislipidêmicos em diálise, é prudente evitar o uso de estatinas.

**33. Uma mulher negra, 62 anos, portadora de HAS, obesidade, dislipidemia e doença renal crônica estágio 4 A2. Faz uso de várias medicações, dentre elas: estatina, hipoglicemiantes orais e anti-hipertensivos. Em relação ao uso de hipoglicemiantes na DRC, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) A glimepirida é a sulfoniureia de escolha, por ser metabolizada pelo fígado e apresentar excreção renal de metabólitos inativos.
- B) A metformina pode ser utilizada, apenas, em pacientes tratados com diálise peritoneal.
- C) Os inibidores de alfa-glicosidase podem ser utilizados sem problemas, pois não são absorvidos pelo trato gastrointestinal.
- D) Os inibidores da SGLT2 atuam inibindo a reabsorção tubular de glicose e sódio por mecanismo independente da insulina.
- E) Os inibidores do GLP-1 de ação curta podem ser usados nos diferentes estágios de DRC.

**34. Paciente com 43 anos, sexo masculino, DRC secundária à pielonefrite crônica, em programa de hemodiálise há 6 meses. Assintomático. Exames da avaliação mensal da hemodiálise mostram: creatinina 10 mg/dL, cálcio total 10,5 mg/dL (valor normal 8-10,5), fósforo 5,9 mg/dL (valor normal 3,5-4,5), albumina 3,9 g/dL, PTHi 1245 pg/mL (valor normal 50-84) e fosfatase alcalina total 810 UI/L (valor normal 70-150). Medicações em uso: sevelamer 800mg 3+3+3 e calcitriol 2,5mcg/HD VO.****Com relação a esse caso clínico, analise as sentenças abaixo:**

1. O achado de níveis extremamente elevados de PTHi nesse paciente com pouco tempo de hemodiálise é raro. Dessa forma, o diagnóstico de hiperparatireoidismo secundário deve ser questionado. Além disso, o aumento desproporcional da fosfatase alcalina total nos leva a pensar em defeito da mineralização óssea, sendo a osteomalácia o principal diagnóstico diferencial.
2. O tratamento deve ser feito objetivando o melhor controle da hiperfosfatemia, possibilitando, assim, a utilização de calcitriol EV, já que essa forma de administração está associada à menor incidência de efeitos colaterais e maior probabilidade de controle clínico.
3. A associação do cinacalcete ao esquema terapêutico desse paciente é bem indicada. Essa associação está relacionada ao melhor controle dos distúrbios do metabolismo ósseo e mineral e consequente menor mortalidade.

**Assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Apenas 3 está correta.
- B) Apenas 2 e 3 estão corretas.
- C) Apenas 2 está correta.
- D) Todas estão corretas.
- E) Todas estão incorretas.

**35. Paciente com 25 anos, sexo feminino, DRC secundária à LES em diálise peritoneal há 3 anos. Apresentou fratura do colo de fêmur direito após queda da própria altura há 1 semana. Até então, era assintomática com relação ao aparelho ósteo-articular. Os exames mostraram: cálcio total 10 mg/dL (valor normal 8-10,5), fósforo 7 mg/dL (valor normal 3,5-4,5), albumina 3 g/dL, PTHi 220 pg/mL (VN 30-84) e fosfatase alcalina total 100 UI/L (valor normal 70-150). Densitometria óssea mostra o diagnóstico de OSTEOPOROSE em coluna e fêmur. Medicações em uso: carbonato de cálcio 500mg 3+3+3 e calcitriol 0,5 mcg/dia VO.**

**Com relação a esse caso clínico, analise as sentenças abaixo:**

1. O diagnóstico da doença óssea é doença óssea adinâmica, já que os níveis de PTHi nesse caso nos permitem determinar esse diagnóstico. Além disso, com os achados da densitometria óssea, o diagnóstico ósseo está completo.
2. São fatores relacionados ao desenvolvimento de doença óssea adinâmica: uso de quelantes de fósforo contendo cálcio, uso de ativadores do receptor de vitamina D e pacientes jovens.
3. A realização de biópsia óssea nessa paciente está indicada, pois determinará o diagnóstico definitivo, possibilitando a condução clínica adequada do caso.

**Assinale a alternativa CORRETA.**

- |                                 |                            |
|---------------------------------|----------------------------|
| A) Apenas 3 está correta.       | D) Todas estão corretas.   |
| B) Apenas 2 e 3 estão corretas. | E) Todas estão incorretas. |
| C) Apenas 1 está correta.       |                            |

**36. Com relação ao processo de calcificação vascular nos pacientes renais crônicos, é CORRETO afirmar que**

- A) a presença de calcificação vascular da íntima é a forma preponderante de calcificação, o que resulta em doença coronariana obstrutiva e aumento da mortalidade cardiovascular.
- B) a presença de calcificação vascular em pacientes em tratamento conservador é rara, e seu desenvolvimento acontece em pacientes com, pelo menos, uma década de diálise.
- C) a fisiopatologia da calcificação é um processo complexo e multifatorial. A calcificação da média é caracterizada por um processo de desdiferenciação celular em que a célula da musculatura lisa vascular começa a produzir proteínas de mineralização óssea.
- D) o método padrão-ouro para diagnóstico da calcificação vascular é a tomografia computadorizada que, além de permitir o cálculo do escore de cálcio coronariano, consegue diferenciar calcificação da íntima de calcificação da média.
- E) não há indicação para se realizarem exames para identificação de calcificação vascular em pacientes em hemodiálise, uma vez que não existe possibilidade de terapêutica para reversão desta.

**37. No que se refere à intoxicação óssea por alumínio, é CORRETO afirmar que**

- A) a dosagem de alumínio sérico é o exame definitivo para o diagnóstico.
- B) é uma entidade que ocorre exclusivamente em pacientes com doença óssea de baixa remodelação, uma vez que níveis elevados de PTHi agem de forma protetora.
- C) o teste da desferoxamina pode determinar o diagnóstico, entretanto não pode ser realizado em pacientes com diálise peritoneal.
- D) o tratamento é feito com desferoxamina na dose de 5mg/Kg/sem EV, durante o período de 6 a 18 meses.
- E) para a realização de biópsia óssea, visando à determinação da intoxicação óssea por alumínio, é imperativa a marcação pela tetraciclina, uma vez que permite determinar a taxa de formação óssea.

**38. Com relação às recomendações da última versão do KDIGO para o distúrbio mineral e ósseo da doença renal crônica, é CORRETO afirmar que**

- A) os níveis séricos de fósforo devem ser mantidos em uma faixa de 2-9 vezes o valor máximo do método utilizado.
- B) pacientes com níveis elevados de PTH devem ser tratados inicialmente, com ativadores do receptor de vitamina D, deixando o uso de calcimimético como terapia de resgate.
- C) o tratamento da doença óssea após o primeiro ano de transplante renal segue o preconizado para pacientes em diálise.
- D) a utilização de quelantes à base de cálcio é a terapêutica de primeira linha para o tratamento da hiperfosfatemia.
- E) com relação à dieta pobre em fósforo, a identificação da fonte do fosfato é importante para guiar a orientação dietética.

**39. Em relação ao transplante renal, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) No primeiro mês após o transplante renal, são mais comuns as infecções oportunistas.
  - B) A infecção do trato urinário é a mais comum infecção entre os transplantados de rim, sendo observada, principalmente, nos primeiros três meses após o transplante, com prevalência variando entre 35 e 80%.
  - C) A ocorrência de infecções após o sexto mês de transplante renal não apresenta correlação com a função renal e o número de tratamentos para rejeição aguda.
  - D) Como a principal causa de mortalidade nos transplantados renais é a infecção, a utilização de antibióticos profiláticos de rotina é justificada.
  - E) Embora infecções fúngicas do trato urinário sejam menos comuns do que infecções bacterianas, tem-se verificado o aparecimento de candidúria em até 50% dos pacientes pós-operatório de transplante renal, provavelmente devido ao uso frequente de cateter vesical.
- 

**40. A infecção pelo citomegalovírus (CMV) é uma complicação frequente após o transplante de órgãos, incluindo o transplante renal.**

**Acerca dessa complicação, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) No transplante renal, a prevalência de infecção do CMV pode chegar a 80%, com risco de doença por CMV maior entre o segundo e o quarto mês após a cirurgia, momento de maior cobertura imunossupressora.
  - B) Os receptores que possuem sorologia negativa para CMV (IgG e IgM) e que recebem órgão de doador com sorologia positiva (IgG) têm alto risco para o desenvolvimento da doença, logo é obrigatório o uso de terapia profilática universal.
  - C) A síndrome causada pelo CMV não tem uma característica específica, geralmente apresentando-se com início insidioso de febre, anorexia, dor epigástrica, mialgia, artralgia e anormalidades hematológicas, como leucopenia.
  - D) A infecção/doença por CMV está atribuída a alguns efeitos não relacionados diretamente com a infecção de tecidos e órgãos, conhecidos como efeitos indiretos. Entre os efeitos indiretos do CMV, destaca-se a rejeição do enxerto renal, ocasionado possivelmente por um aumento da expressão de moléculas HLA pelo tecido do enxerto infectado.
  - E) O CMV pode causar uma disfunção reversível do enxerto, caracterizada pela elevação dos níveis séricos da creatinina, que geralmente regridem após o controle do processo infeccioso.
- 

**41. Qual das complicações abaixo NÃO apresenta relação direta com a infecção por polioma vírus (BK vírus)?**

- A) Nefropatia crônica do enxerto renal
  - B) Estenose ureteral
  - C) Rejeição crônica do enxerto renal
  - D) Cistite hemorrágica
  - E) Câncer de bexiga
- 

**42. Sobre tuberculose em Transplante Renal, é INCORRETO afirmar que**

- A) a maioria dos casos de tuberculose em pacientes transplantados renais ocorre por reativação de uma infecção latente, nos primeiros meses após a cirurgia e nos períodos de imunossupressão mais intensa.
  - B) a prevalência de TB em transplantados de rim é de aproximadamente 2,5%, cerca de 14 vezes maior que a descrita na população geral.
  - C) a acurácia dos testes diagnósticos de PPD e IGRA mostrou uma baixa sensibilidade e especificidade, tendo o PPD menor sensibilidade e nível comparável de especificidade.
  - D) o diagnóstico de TB em pacientes transplantados de rim geralmente é difícil, desafiador e quase sempre tardio. São comuns as manifestações extrapulmonares e disseminadas com sintomas inespecíficos, de forma diferente ao observado na população geral.
  - E) a profilaxia global é recomendada devido à baixa incidência de complicações medicamentosas. O medicamento de escolha para essa profilaxia é a isoniazida, utilizada nos primeiros meses após o transplante.
-

**43. Sobre a infecção fúngica em Transplante Renal, é INCORRETO afirmar que**

- A) na meningite criptocócica, a presença no líquido de baixos teores de glicose, pressão de abertura baixa, alta celularidade e quantidade de criptococos, assim como a presença de fungemia, estão associados a pior prognóstico.
- B) no diagnóstico de aspergilose invasiva, raramente as hemoculturas são positivas, a cultura de escarro tem valor limitado, pois pode vir positiva em 15% de pessoas normais e ter um alto número de resultados negativos em pacientes com aspergilose invasiva confirmada. A biópsia pulmonar oferece subsídios para o diagnóstico em até 90% dos casos.
- C) na mucormicose, a forma rinocerebral é a forma de apresentação mais comum, particularmente grave, com evolução fulminante na maioria dos casos. A forma pulmonar é a segunda em frequência da localização da infecção. A terapêutica precoce com anfotericina B, associada com a ressecção cirúrgica, é o tratamento de escolha.
- D) a histoplasmose pode apresentar-se como uma lesão primária pulmonar, mimetizando tuberculose, podendo se disseminar. O diagnóstico pode ser feito através de isolamento a partir de lesões da pele, crescimento nas culturas, exames da medula óssea e/ou secreções respiratórias.
- E) a candidemia em pacientes imunossuprimidos sem neutropenia tem alta taxa de mortalidade, contrariando o conceito de candidemia transitória ou benigna. Assim, todos os pacientes com candidemia, independentemente de sua fonte ou duração, devem receber tratamento antifúngico.

---

**44. Recomenda-se o tratamento da bacteriúria assintomática em**

- A) idosos portadores de bexiga neurogênica em esquema de cateterismo intermitente.
- B) gestantes.
- C) pacientes com hipertrofia prostática com sonda vesical de demora.
- D) mulheres diabéticas.
- E) pacientes submetidos a transplante renal.

---

**45. Mulher de 42 anos é admitida na emergência por quadro de febre aferida há 24 horas e dor lombar à esquerda. Relata história prévia de nefrolitíase. Ao exame, PA 90x60 mm Hg e FC 132 bpm. Após expansão volêmica, início de antibioticoterapia e estabilização de parâmetros clínicos, foi submetida à TC de abdome que evidenciou cálculo de 05 mm impactado em ureter proximal esquerdo e hidronefrose a montante. Qual a conduta a ser tomada?**

- A) Aguardar 24 horas, já que o tamanho do cálculo favorece sua passagem espontânea.
- B) Manter antibioticoterapia por 48 horas aguardando resolução do processo infeccioso, antes de programar retirada do cálculo com urologista.
- C) Contactar com urologista para desobstrução da via urinária em caráter de urgência.
- D) Manter antibioticoterapia e vigiar função renal diariamente. Programar desobstrução, caso haja piora da função renal.
- E) Iniciar terapia expulsiva e aguardar por 48 horas.

---

**46. Sobre a Pielonefrite Xantogranulomatosa, é CORRETO afirmar que**

- A) é mais frequentemente encontrada em homens na 5ª década de vida, associada a prostatites.
  - B) o tratamento mais comum consiste em antibioticoterapia prolongada, por, pelo menos, 28 dias.
  - C) o diagnóstico é, na maioria das vezes, radiológico, sendo a tomografia computadorizada o padrão-ouro.
  - D) tem curso agudo, com febre e dor lombar se instalando num período de 48 horas.
  - E) a urocultura é positiva em mais de 90% dos casos.
-

**47. Paciente J.F.A. 62 anos, renal crônico em hemodiálise há 10 anos, tem FAV em MSD, vem ao seu consultório fazer a consulta mensal. No momento, sem queixas. PS de 78kg, PA: 140x90 mmHg faz uso de eritropoietina 4000 UI SC 3x por semana, Noripurum 100 mg 1x por semana, Sevelamer 800 mg 02 comp a cada refeição, Calcitriol 1mcg 3x por semana. Ao checar os exames mensais, observa-se que a hematimetria vem em curva decrescente: Hgb: 8,9g/dL, HT: 26,3%, Ferritina: 250 µg/L, IST: 25%, PTH: 890 pg/mL, Ca: 9,2mg/dL, P: 4,7mg/dL e PCR: 0,2. Qual a conduta adequada?**

- A) Aumenta hemax para 8000UI sc 3x por semana por uma possível resistência à eritropoietina.
- B) Aumenta hemax, noripurum e calcitriol.
- C) Inicia investigação para outras causas de anemia.
- D) Encaminha para hematologista.
- E) Mantém medicações e observa mais um mês.

---

**48. Paciente em diálise há 5 anos, com dificuldade de confeccionar acesso definitivo, vem a sua sessão na segunda-feira estável, porém, após 1 hora de diálise, apresenta calafrio e febre de 38° e dois episódios de hipotensão. Tem um cateter em VJIE sem secreção. Qual a melhor conduta?**

- A) Colhe culturas e aguarda resultado para iniciar tratamento.
- B) Colhe culturas, tira o cateter e aguarda o resultado.
- C) Colhe culturas, começa antibiótico empírico e tira o cateter.
- D) Não colhe culturas, inicia antibiótico empírico e não tira o cateter.
- E) Colhe culturas, inicia antibiótico empírico e não tira o cateter.

---

**49. Paciente do sexo feminino, 23 anos recém-admitida na clínica de diálise. Chega para sua primeira consulta mensal. Esteve internada na maternidade Alcides Carneiro há 2 meses, para interrupção de sua primeira gestação de 37 semanas, por quadro de edema, hipertensão e proteinúria. Relata que, após a cesariana, evoluiu com redução da diurese e elevação das escórias nitrogenadas com necessidade de TRS. Negava qualquer comorbidade prévia. Recebeu alta hospitalar com orientação de manter suas sessões de diálise ambulatorial, pois permanecia oligúrica. Qual a primeira orientação?**

- A) Explica a paciente que se trata de uma provável Doença Renal Crônica e encaminha para confecção de fístula.
- B) O diagnóstico mais provável é o de necrose cortical, tendo em vista ser uma complicação grave e frequente em caso de LRA associada à gestação, devendo ela permanecer em TRS por tempo indeterminado.
- C) Conversa com a paciente sobre a possibilidade da não recuperação da função renal, visto já ter se passado mais de 3 meses após o parto, sugerindo um provável diagnóstico de SHUA.
- D) Indica transplante renal por se tratar de uma paciente jovem.
- E) Explica que acompanhará seus exames laboratoriais mensalmente e solicita que a paciente traga seu USG de vias urinárias e quantifique sua urina de 24h. Informa, ainda, da necessidade de uma biópsia renal, tendo em vista já ter se passado mais de 3 meses de LRA sem resolução.

---

**50. Sobre Hemodiálise e Hemodiafiltração (HDF), assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) A HDF é uma forma de terapia de substituição renal que utiliza convecção em combinação com depuração difusiva, que é o fenômeno mais predominante na hemodiálise padrão. Comparada com a hemodiálise padrão, a HDF remove mais solutos de baixo peso molecular.
  - B) A HDF requer a infusão de quantidades significativas de solução para substituir o ultrafiltrado. Esse fluido deve ser estéril e livre de pirógenos, uma vez que é infundido diretamente no sangue.
  - C) O dialisador usado na HDF não é o mesmo da diálise de alto fluxo.
  - D) Os riscos aumentados de HDF em comparação com a hemodiálise padrão não foram demonstrados. Os riscos potenciais incluem infecção ou indução de reações inflamatórias relacionadas ao grande volume de fluido de reposição.
  - E) A diálise de alto fluxo pode ter vários benefícios a longo prazo, incluindo depuração de beta 2 microglobulina, perfis lipídicos melhorados e, com membranas biocompatíveis, menos estimulação de neutrófilos e monócitos.
-





**GRUPO 26**  
**- TRANSPLANTE DE RIM -**