



PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIAS MÉDICAS



Universidade
Estadual do Piauí

PROVA ESCRITA OBJETIVA – TIPO 05

RESIDÊNCIAS MÉDICAS: **NEFROLOGIA**

DATA: 26/01/2020 – HORÁRIO: 8h30 às 10h30 (horário do Piauí)

LEIA AS INSTRUÇÕES:

01. Você deve receber do fiscal o material abaixo:
 - a) Este caderno (**TIPO 05**) com 50 questões objetivas sem falha ou repetição.
 - b) Um CARTÃO-RESPOSTA destinado às respostas objetivas da prova. *Verifique se o tipo de caderno (TIPO 05) é o mesmo que consta no seu Cartão-Resposta.*

OBS: Para realizar sua prova, use apenas o material mencionado acima e, em hipótese alguma, papéis para rascunhos.
02. Verifique se este material está completo e se seus dados pessoais conferem com aqueles constantes do CARTÃO-RESPOSTA.
03. Após a conferência, você deverá assinar seu nome completo, no espaço próprio do CARTÃO-RESPOSTA utilizando caneta esferográfica com tinta de cor azul ou preta.
04. Escreva o seu nome nos espaços indicados na capa deste CADERNO DE QUESTÕES, observando as condições para tal (assinatura e letra de forma), bem como o preenchimento do campo reservado à informação de seu número de inscrição.
05. No CARTÃO-RESPOSTA, a marcação das letras correspondentes às respostas de sua opção, deve ser feita com o preenchimento de todo o espaço do campo reservado para tal fim.
06. Tenha muito cuidado com o CARTÃO-RESPOSTA, para não dobrar, amassar ou manchar, pois este é personalizado e em hipótese alguma poderá ser substituído.
07. Para cada uma das questões são apresentadas cinco alternativas classificadas com as letras (A), (B), (C), (D) e (E); assinale apenas uma alternativa para cada questão, pois somente uma responde adequadamente ao quesito proposto. A marcação em mais de uma alternativa anula a questão, **mesmo que uma das respostas esteja correta**; também serão nulas as marcações rasuradas.
08. As questões são identificadas pelo número que fica à esquerda de seu enunciado.
09. Os fiscais não estão autorizados a emitir opinião nem a prestar esclarecimentos sobre o conteúdo das provas. Cabe única e exclusivamente ao candidato interpretar e decidir a este respeito.
10. Reserve os 30(trinta) minutos finais para marcar seu CARTÃO-RESPOSTA. Os rascunhos e as marcações assinaladas no CADERNO DE QUESTÕES não serão levados em conta.
11. Quando terminar sua Prova, antes de sair da sala, assine a LISTA DE FREQUÊNCIA, entregue ao Fiscal o CADERNO DE QUESTÕES e o CARTÃO-RESPOSTA, que deverão conter sua assinatura.
12. O tempo de duração para esta prova é de **2h (duas horas)**.
13. Por motivos de segurança, você somente poderá ausentar-se da sala de prova depois de **1h30min** do início desta.
14. O rascunho ao lado não tem validade definitiva como marcação do Cartão-Resposta, destina-se apenas à conferência do gabarito por parte do candidato.

Nº DE INSCRIÇÃO

--	--	--	--	--	--	--

Assinatura

Nome do Candidato (letra de forma)

RASCUNHO

01		26	
02		27	
03		28	
04		29	
05		30	
06		31	
07		32	
08		33	
09		34	
10		35	
11		36	
12		37	
13		38	
14		39	
15		40	
16		41	
17		42	
18		43	
19		44	
20		45	
21		46	
22		47	
23		48	
24		49	
25		50	

NÚCLEO DE CONCURSOS E PROMOÇÃO DE EVENTOS – NUCEPE
 FOLHA DE ANOTAÇÃO DO GABARITO - ATENÇÃO: Esta parte somente deverá ser destacada pelo fiscal da sala, após o término da prova.
 PROCESSO SELETIVO - RESIDÊNCIA MÉDICA – NEFROLOGIA



PROCESSO SELETIVO – RESIDÊNCIAS MÉDICAS



N ° DE INSCRIÇÃO					



CLÍNICA MÉDICA

- 01.** Em relação à pancreatite aguda, assinale a alternativa **CORRETA**.
- Os critérios de Atlanta avaliam o prognóstico e a gravidade da pancreatite aguda
 - Pancreatite medicamentosa representa hoje a segunda principal causa de pancreatite aguda.
 - Pâncreas divisum é a variante anatômica do pâncreas mais comum e causa frequente de pancreatite aguda.
 - Dosagens de amilase e lipase são úteis para o diagnóstico, mas não avaliam gravidade e prognóstico da pancreatite aguda.
 - A Tomografia computadorizada de abdome superior deve ser solicitada na admissão de todo paciente com suspeita de pancreatite aguda.
- 02.** Hemorragia digestiva alta-HDA é uma das principais causas de atendimento em serviços de urgência e emergência. Assinale a alternativa **CORRETA** em relação a esta entidade.
- A principal causa é a ruptura de varizes de esôfago.
 - O exame inicial a ser solicitado na admissão de pacientes com HDA é a endoscopia digestiva alta.
 - Úlceras gástricas e duodenais são a principal causa de HDA.
 - Terlipressina e Octreotide se mostraram úteis no controle da HDA independentemente da etiologia do sangramento.
 - O uso do inibidor de bomba de prótons está indicado na urgência, pois auxilia na cicatrização rápida das úlceras e na prevenção da ruptura das varizes esofágicas.
- 03.** Na avaliação de paciente de 78 anos, do sexo feminino com diagnóstico prévio de acidente vascular cerebral isquêmico, diabética e hipertensa com fibrilação atrial não valvar e insuficiência cardíaca (fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 32%), qual o valor do escore CHA₂DS₂-VASC e qual o significado da pontuação encontrada?
- Escore de 07; elevado risco de sangramento.
 - Escore de 05; elevado risco tromboembólico.
 - Escore de 08; elevado risco tromboembólico.
 - Escore de 08; elevado risco de sangramento.
 - Escore de 07; elevado risco tromboembólico.
- 04.** Paciente de 88 anos, admitido na unidade de emergência cardiológica com diagnóstico de estenose aórtica grave. Quais os sintomas apresentados nessa patologia?
- Angina, isquemia e infarto do miocárdio.
 - Síncope, desmaio e queda da própria altura.
 - Tonturas, angina e sudorese.
 - Angina, dispneia e síncope.
 - Dispneia, síncope e palpitações.
- 05.** Paciente do sexo masculino, 42 anos de idade, chega ao departamento de emergência com história de palpitações. Um traçado eletrocardiográfico foi obtido demonstrando taquicardia de complexo QRS estreito e FC de 190bpm e pressão arterial sistólica de 100/80 mmHg. Qual a primeira conduta?
- Cateterismo de urgência.
 - Manobra vagal com compressão do seio carotídeo.
 - Adenosina.
 - Atenolol.
 - Ablação por cateter.
- 06.** Uma mulher de 45 anos comparece ao ambulatório, queixando-se de artrite de punhos, metacarpofalângicas e tornozelos há 8 meses, com rigidez matinal de 3 horas. O hemograma mostrou Hb=10,5 g% e a contagem total e diferencial de leucócitos normal. Plaquetas normais. VHS 65 mm na primeira hora;. AST e ALT normais; Fator reumatoide positivo 1/160;. Hbsag e anti-HCV não reagentes; Rx de mãos mostra osteopenia justa-articular carpal. Diante desse cenário, responda:
- Trata-se de Osteoartrite e o tratamento inicial deve ser com Hidroxicloroquina 400mg/dia.
 - Trata-se de Artrite Reumatóide e o tratamento inicial deve ser com Anti TNF Adalimumaabe 40 mg SC a cada 14 dias.
 - Trata-se de Lupus Eritematoso Sistêmico (LES) e o tratamento inicial deve ser com Prednisona 1mg/Kg/dia.
 - Trata-se de Artrite Reumatóide e o tratamento inicial deve ser feito com Methotrexate 12,5mg/sem
 - Trata-se de Osteoartrite e o tratamento inicial deve ser feito com Methotrexate 10mg/sem.



07. Sobre os achados laboratoriais no Lupus Eritematoso Sistêmico (LES), assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) O FAN mais específico do LES é o padrão nucleolar e tem alta especificidade para comprometimento neurológico.
- b) O FAN apresenta baixa especificidade e alta sensibilidade para o diagnóstico de lúpus e pode estar relacionado com a atividade da doença.
- c) Os anticorpos Anti-Sm possuem íntima correlação com a atividade da doença, podendo ser utilizados para avaliar o controle terapêutico.
- d) O anticorpo anti-P está relacionado também com a presença de síndrome de Sjögren.
- e) Habitualmente o complemento está consumido nos pacientes portadores de lúpus e não melhora com o tratamento. Por essa razão, a avaliação dos níveis séricos de C3 e C4 não é útil no controle da doença e no diagnóstico de recaídas.

08. Qual Vasculite Sistêmica tem associação com infecções de vias aéreas superiores + Glomerulonefrites + ANCA C positivo?

- a) Churg Straus.
- b) Poliangeite Granulomatosa.
- c) Arterite de Takayasu.
- d) Arterite temporal.
- e) Poliarterite nodosa.

09. Paciente, 60 anos, masculino, internado devido a dor importante em região lombar, refere dor intensa (9/10 - escala de dor) que prejudica o sono e a deambulação. Paciente com antecedente de adenocarcinoma de próstata com metástase óssea.

De acordo com caso acima, responda: Qual e a prescrição adequada para o manejo de dor deste paciente?

- a) Dipirona 1 g IV 4/4h, resgate paracetamol 500mg VO ate 6/6h.
- b) Tramadol 100mg IV 8/8h, resgate de tramadol 50mg VO ate 8/8h.
- c) Codeína 30mg VO 6/6h, codeína 30mg VO ate 6/6h.
- d) Morfina 1mg IV 12/12h, morfina 2mg ate 6/6h VO.
- e) Morfina 1mg IV 4/4h, morfina 1mg IV ate 4/4h.

10. Idosa, 64 anos, deu entrada com história de emagrecimento de 5kg no último mês, anorexia, adinamia e queda do estado geral, ao exame:

paciente emagrecida, sonolenta, desidratada, pesando 45kg. Exames laboratoriais de entrada: Hb = 10,5, ht = 30%, VCM 84, leucócitos 5530, plaquetas 80.0000, ureia=230, creatinina 5,1, sódio: 135, potássio 4,5, cálcio iônico = 1,64.

De acordo com o caso acima, responda: qual e a medida não recomendada para a correção da hipercalemia?

- a) Hidratação endovenosa com soro fisiológico.
- b) Hemodiálise.
- c) Ácido zoledrônico endovenoso.
- d) Furosemida endovenosa.
- e) Nenhuma das anteriores.

11. Paciente 54 anos, masculino, em hemodiálise há 5 anos devido a hipertensão arterial, deu entrada com queixa de dor lombar há 3 meses com piora no último mês de caráter mecânico. Queixa de febre diária no final do dia de 39°C. Ao exames: paciente acamado devido à dor, lasêgue positivo. De acordo com o caso clínico, responda: qual é a principal hipótese diagnóstica?

- a) Espondilodiscite.
- b) Infecção do trato urinário.
- c) Pielonefrite.
- d) Hérnia de disco.
- e) Endocardite.

12. Paciente homem, 95 anos, chega à unidade de Pronto-Atendimento com anorexia e apatia há 4 dias. Apresenta, ainda, agitação psicomotora no período noturno. Sobre o caso exposto, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) Devemos rastrear processo infeccioso como etiologia do quadro.
- b) Efeito medicamentoso pode ser causa desses sintomas.
- c) A agitação psicomotora pode ser tratada com Quetiapina.
- d) Apenas as alternativas **a e b** estão corretas.
- e) As alternativas **a, b e c** estão corretas.

13. Paciente mulher, 85 anos, apresentando tristeza, desânimo, insônia e falta de apetite há 30 dias. Sobre o caso exposto, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) Mirtazapina é uma boa opção terapêutica.
- b) Deve-se evitar benzodiazepínicos.
- c) Os efeitos terapêuticos dos antidepressivos tricíclicos devem-se ao bloqueio da recaptção da serotonina, noradrenalina e dopamina.
- d) Apenas as alternativas **a e b** estão corretas.
- e) As alternativas **a, b e c** estão corretas.



- 14.** Paciente hipertenso e diabético, de 55 anos, é admitido com hemiparesia direita e afasia de início há 1 hora. PA=240x110 mmHg. Realizou Tomografia de crânio normal. Sobre o caso apresentado, assinale a alternativa **CORRETA**.
- Como a tomografia está normal, será necessário realizar Ressonância magnética de crânio para definir o tamanho da área isquêmica e só assim definir sobre trombolítico.
 - Segundo as novas diretrizes, esse paciente é candidato a receber trombolítico, não devendo reduzir seus níveis pressóricos, pois é baixo o risco para sangramento.
 - Idealmente esse paciente deveria ser tratado em uma unidade de acidente vascular cerebral, reduzir os níveis pressóricos e avaliar as contraindicações, antes de iniciar trombolítico.
 - O trombolítico de escolha para este paciente é a estreptoquinase em dose plena.
 - A trombectomia mecânica só estaria indicada neste paciente, se a tomografia mostrasse área isquêmica bem definida.
- 15.** Uma paciente é admitida com dor intensa em flanco direito e, após avaliação e exames complementares, recebeu o diagnóstico de litíase renal e a dor atribuída ao cálculo impactando no ureter. Avaliando as medicações em uso para as suas comorbidades: hipertensão, diabetes, dislipidemia e enxaqueca crônica, concluiu-se que uma contribuiu para o quadro de litíase renal, qual?
- Propranolol.
 - Metformina.
 - Sinvastatina.
 - Losartana.
 - Topiramato.
- 16.** A Miastenia Gravis tem como base o tratamento sintomático e o imunossupressor. O tratamento sintomático com piridostigmina, por exemplo, visa aumentar a concentração de qual neurotransmissor na junção neuromuscular?
- Acetilcolina.
 - Noradrenalina.
 - Serotonina.
 - Dopamina.
 - Glutamato.
- 17.** Na injúria renal aguda, em casos avançados, recorre-se à realização de terapia renal substitutiva. São indicações de diálise na injúria renal aguda:
- Urina concentrada e fadiga.
 - Hipocalemia e acidose respiratória.
 - Clearance de creatinina < 10 ml/min e atrofia renal.
 - Azotemia e síndrome urêmica.
 - Oligúria por 6 horas e hipercalemia.
- 18.** Paciente 45 anos, portador de DM e IRC, evoluiu com oligúria, após internação por descompensação de insuficiência. Após admissão na UTI, para suporte ventilatório, evoluiu com creatinina de 1,8 mg/dL e, após 2 dias, 2,1mg/dL. Baseado neste caso, responda:
- Trata-se de IRA, deve ser hidratado vigorosamente.
 - Trata-se de IRC, deve ser submetido à diálise.
 - Trata-se de IRA, deve ser submetido a tratamento com diurético.
 - Trata-se de IRC, deve ser transfundido.
 - Trata-se de IRA, deve ser submetido à diálise.
- 19.** Paciente 65 anos, portador de diabetes mellitus tipo II há 20 anos, também portador de DRC supostamente. Apresenta neuropatia e retinopatia diabética. Exames mostram clearance de creatinina de 41 ml/min. Proteinúria 1000 mg/d. Estava em uso de losartana. Baseado nesse caso, responda:
- Recomenda-se corticoide, caso a proteinúria não reverta apenas com losartana.
 - Recomenda-se associar enalapril e furosemida, caso a proteinúria não reverta apenas com losartana.
 - Recomenda-se trocar losartana por enalapril, caso a proteinúria não reverta apenas com losartana.
 - Recomenda-se trocar enalapril por prednisona, caso a proteinúria não reverta apenas com losartana ou enalapril.
 - Recomenda-se associar espironolactona, caso a proteinúria não reverta apenas com losartana.
- 20.** Paciente de 60 anos foi admitido com quadro de anasarca. Seus exames evidenciaram Cr 1,5 mg/dL (normal até 1,2), EAS com proteinúria 4+/4, sem hematúria. Dosagem de antiPLA2R



positivo. Baseado neste caso, qual glomerulopatia apresenta esse paciente?

- a) Nefropatia da IgA.
- b) Glomerulonefrite rapidamente progressiva.
- c) Glomerulopatia membranosa.
- d) Doença de lesão mínima.
- e) Glomeruloesclerose focal e segmentar.

ESPECÍFICA

21. Sobre o Feocromocitoma e Paraganglioma, estão corretas, **EXCETO**:

- a) esses tumores raros são frustrantes e letais, constituindo causa rara de hipertensão.
- b) a NEM2A (NEM - Neoplasia Endócrina Múltipla), está associada a feocromocitomas e carcinoma medular da tireóide.
- c) as metanefrinas livres fracionadas plasmáticas são o teste isolado mais sensível para os feocromocitomas secretores e paragangliomas.
- d) os alfa-bloqueadores são geralmente administrados em preparação para cirurgias.
- e) são tumores cromafins que representam o hiperfuncionamento do córtex da supra-renal.

22. Sobre os distúrbios associados ao hormônio do crescimento (GH), assinale a alternativa **INCORRETA**.

- a) O GH é necessário para o crescimento antes da vida adulta.
- b) O excesso de GH na vida adulta, após o fechamento das epífises causa acromegalia.
- c) Durante o jejum, o GH estimula a lipólise para mobilizar ácidos graxos como fonte de energia, poupando glicose e proteína.
- d) O GH exerce grande parte de seus efeitos promotores do crescimento mediante o bloqueio da liberação da IGF-1 a partir do fígado e outros tecidos.
- e) Nos casos de acromegalia, podem ser observados distúrbios associados, como amenorreia, cefaleias, perda do campo visual e fraqueza.

23. Sobre as medicações utilizadas no tratamento da hiperglicemia do diabetes, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- a) As sulfonilureias podem ser indicadas para uso em pacientes diabéticos tipo 1.

- b) O principal mecanismo de ação das sulfonilureias é estimular a liberação de insulina das células Beta do pâncreas.
- c) A acidose láctica tem sido relatada como efeito colateral, porém é menos comum com a metformina, se comparado com a fenformina.
- d) O principal efeito adverso da Acarbose é a flatulência.
- e) Uma abordagem alternativa ao uso de agonistas dos receptores de GLP-1, seria inibir a enzima DPP-4, e prolongar a ação do GLP-1.

24. Em relação à cetoacidose diabética, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) Normalmente seu curso clínico é indolente, assintomático, com boa evolução; mesmo sem condutas terapêuticas específicas.
- b) Hipopotassemias são comuns, ocorrendo independente da depleção de potássio corporal total.
- c) Pode ser a manifestação inicial do Diabetes tipo 1, ou resultar de demandas maiores de insulina.
- d) O prognóstico é ruim antes dos 40 anos, porém há redução da mortalidade entre os idosos.
- e) Entre os critérios que auxiliam no diagnóstico, podemos citar: hiperglicemia < 250mg/dL; pH sanguíneo > 7,3; Bicarbonato sérico > 18 mEq/L.

25. Em relação ao tratamento dos distúrbios das lipoproteínas, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) A Niacina aumenta a produção de partículas VLDL, com aumento de LDL e redução do HDL.
- b) O uso de resinas de ligação de ácidos biliares promoveu efeitos significativos sobre a mortalidade total de indivíduos analisados.
- c) Dores musculares, que ocorrem em até 10% dos pacientes, são os efeitos colaterais mais usuais das Estatinas.
- d) Os fibratos diminuem os níveis de LDL em 10-15% e aumentam os triglicerídeos em até 40%.
- e) Ezetimiba estimula a absorção intestinal do colesterol biliar e da dieta.



26. Em relação aos tumores das ilhotas pancreáticas, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) Insulinomas geralmente são benignos e secretam quantidades excessivas de insulina.
- b) Gastrinomas secretam excessivamente gastrina, o que bloqueia a secreção ácida típica da Síndrome de Zollinger-Ellison.
- c) Glucagonomas geralmente são benignos, com raras metástases hepáticas por ocasião do diagnóstico.
- d) Somatostatatomas são comuns e se associam a ganho de peso e hipercloridria.
- e) Tumores neuroendócrinos pancreáticos normalmente não se associam a distúrbios herdados, são em geral de origem espontânea.

27. Uma mulher branca de 70 anos de idade é avaliada para uma história de uma semana de hematúria macroscópica sem dor. Ela tem quatro anos de história de doença renal crônica em estágio G4 / A3 devido à nefropatia diabética, história de 12 anos de diabetes mellitus tipo 2, retinopatia e hipertensão arterial sistêmica. Os medicamentos são lisinopril, furosemida, insulina glargina, e insulina lispro.

No exame físico, a temperatura é de 37,0 ° C, a pressão arterial é de 128/80 mm Hg, frequência cardíaca de 70 / min e a frequência de 14 / min. IMC é 27.5. Ausculta pulmonar normal. Não há massas abdominais ou sensibilidade do ângulo costovertebral. Não há edema.

Estudos laboratoriais:

Creatinina 2,6 mg / dl (Clearance de creatinina estimado pelo CKD-EPI 18ml/min).

EAS:2+ proteína; 25-50 eritrócitos / hpf; 0 leucócitos / hpf; ausência de cilindros.

Qual das alternativas a seguir é a mais apropriada teste diagnóstico inicial para realizar nesta paciente?

- a) TC de abdome e pelve com contraste.
- b) RM do abdome e pelve com gadolínio.
- c) Radiografia do abdome e pelve.
- d) Ultrassonografia do abdome e pelve.
- e) Uretrocistografia miccional retrograde.

28. Um homem de 60 anos é avaliado durante uma consulta de acompanhamento para hipertensão. As leituras de pressão arterial durante o ano passado foram persistentemente acima de 140/90 mmHg e pressão arterial domiciliar está na faixa de 150-170 / 90-96 mmHg. Ele não relata sintomas. História médica não é digna de

nota. Medicamentos são doses máximas de lisinopril, nifedipina e atenolol.

No exame físico, a temperatura é de 36,5 ° C, a pressão arterial é de 168/100 mm Hg em ambos os braços, a frequência cardíaca de 60 / min e frequência respiratória de 16 / min. O IMC é 28. O exame da retina mostra artérias em fio de cobre. Um S4 é ouvido na ausculta cardíaca. Não são ouvidos sopros nas carótidas ou no abdômen.

Os exames vasculares neurológicos e periféricos são normais. Não há edema.

Estudos laboratoriais:

Creatinina 1,3 mg / dl

Potássio 4,1 mEq / L.

Taxa de filtração glomerular medida de 46 mL / min / 1,73 m².

EAS: normal.

Eletrocardiograma mostra hipertrofia ventricular esquerda com alteração de repolarização. O ultrassom renal é normal.

Qual das alternativas a seguir é a mais apropriada conduta?

- a) Adicionar clortalidona.
- b) Adicionar clonidina.
- c) Adicionar minoxidil.
- d) Mudar nifedipina para amlodipina.
- e) Adicionar metildopa.

29. Um homem branco de 60 anos de idade é avaliado para uma história de 6 meses de dispneia progressiva aos pequenos esforços, tonturas em pé, edema nos membros inferiores e parestesias em dormência nas extremidades. Ele também observa fezes amolecidas até 6 vezes ao dia.

Antecedentes Patológicos Progressivos: não são dignos de nota e ele não toma medicamentos. Avaliação clínica e laboratorial de três anos atrás era normais.

No exame físico, a temperatura é 36,5° C, a frequência cardíaca de 90 / min e a frequência respiratória é de 20 / min. A pressão arterial é de 140/70 mm Hg sentado e 90/60 mm Hg em pé com tontura. O IMC é 27. A pressão venosa central estimada é 7 cm H₂O. Murmúrio vesicular diminuídos nas bases pulmonares bilateralmente. Ausculta cardíaca normal. O exame abdominal revela leve hepatoesplenomegalia. No exame neurológico, há toque e vibração prejudicados, sentido em uma distribuição de luvas e meia. Observa-se edema bilateral nos membros inferiores ao nível dos tornozelos.



Estudos laboratoriais:

Albumina 2,8 g / dL.

Creatinina 1,6 mg / dL.

Eletrólitos normais.

Glicemia em jejum 98 mg / dL.

EAS:3+ proteína; sem sangue ou células.

Relação proteína-creatinina na amostra isolada de urina 4800 mg / g.

Qual das alternativas a seguir é o diagnóstico mais provável na biópsia renal?

- a) Amiloidose AL.
- b) Nefropatia diabética.
- c) Nefropatia por mieloma.
- d) Glomerulosclerose segmentar focal primária
- e) Nefrite Lúpica.

30. Uma mulher afroamericana de 28 anos é avaliada no pronto-socorro 30 minutos após um acidente de automóvel em que ela bateu a cabeça no volante. Ela está acordada e orientada, queixando-se somente de uma leve dor de cabeça. Ela está com 24 semanas de gestação de sua segunda gravidez. Ela está recebendo atendimento pré-natal de rotina, e sua gravidez foi sem intercorrências. Seu único medicamento é uma vitamina pré-natal.

No exame físico, o paciente está com imobilização do pescoço. A temperatura é 37,0 ° C, a pressão arterial é 100/60 mm Hg, frequência cardíaca de 70 / min e a frequência respiratória de 12 / min. O IMC é 23. Há uma contusão na parte superior da testa, mas nenhuma outra evidência de trauma. O abdômen mostra alterações normais da gravidez, mas é normal.

O restante dos exames físicos e neurológicos não é digno de nota.

Estudos laboratoriais iniciais mostram um nível sérico de sódio de 131 mEq / L; o restante dos eletrólitos, ureia e a creatinina sérica são normais.

Qual das alternativas a seguir é a causa mais provável da hiponatremia da paciente?

- a) Síndrome Cerebral Perdedora de Sal (SCPS).
- b) Alterações fisiológicas normais da gravidez.
- c) Apoplexia hipofisária.
- d) Síndrome de secreção inadequada de hormônio antidiurético.
- e) Uso de diuréticos.

31. Um homem branco de 35 anos é avaliado após o segundo episódio de nefrolitíase. Seu episódio inicial ocorreu há 6 meses e eliminou espontaneamente. A pedra foi recuperada e, na análise, foi considerada uma pedra pura de ácido

úrico. Ele foi aconselhado a aumentar sua diurese pelo menos 2 L / d e seguiu esta recomendação. Seu segundo episódio ocorreu na semana passada. Ele eliminou novamente a pedra espontaneamente, que foi submetida à análise e demonstrada ser um cálculo puro de ácido úrico. A história médica é significativa para o diabetes mellitus tipo 2, mas ele nunca teve evidência de gota. Os medicamentos são metformina e rosuvastatina.

No exame físico, a temperatura é de 36,5 ° C, a pressão arterial é de 130/80 mm Hg, pulsode 78 / min e frequência respiratória de 12 / min. O IMC é 30. Não há sensibilidade do ângulo costovertebral. Não são observadas anormalidades nas articulações ou tofos gotosos.

Estudos laboratoriais:

Eletrólitos Normal.

Função renal Normal.

Ácido úrico sérico: 7,6 mg / dL (normal).

EAS: pH 5,8; nenhum sangue; sem células ou cristais.

Excreção de ácido úrico urinário de 24 horas: 900 mg / 24 h (Valor de referencia p/Homem: < 800mg/24hs).

Além da hidratação oral contínua, qual das alternativas a seguir é a próxima etapa mais apropriada na terapia?

- a) Alopurinol.
- b) Colestiramina.
- c) Hidroclorotiazida.
- d) Alcalinização da urina.
- e) Acidificação da urina.

32. Um homem branco de 46 anos é avaliado, durante uma visita de acompanhamento de rotina. A história médica é significativa para hipertensão de difícil controle, diabetes mellitus tipo 2 complicada por retinopatia proliferativa e neuropatia sensorial e autonômica e doença renal crônica. Ele não tem novos sintomas. Os medicamentos são lisinopril dose máxima, amlodipina dose máxima, hidroclorotiazida 25mg/dia e insulina.

No exame físico, a temperatura é de 36,7 ° C, a pressão arterial é de 180/100 mm Hg nos dois braços, a pulsação é de 66 / min e a respiração é de 14 / min. O IMC é 34. Há edema bilateral dos membros inferiores na panturrilha média.

Os estudos laboratoriais são significativos para um nível sérico de creatinina de 2,7 mg / dL (Clearance de creatinina de 27ml/min pelo CKD-EPI), potássio sérico de 4,2 mEq / L e relação proteína-creatinina na urina em amostra isolada de 4000 mg / g.



Qual das alternativas a seguir é o tratamento mais apropriado?

- a) Adicionar aliskereno.
- b) Adicionar clonidina.
- c) Adicionar minoxidil.
- d) Mudar hidroclorotiazida para furosemida.
- e) Aumentar dose de hidroclorotiazida para 100mg/dia.

33. No tratamento do paciente portador de SARA (Síndrome da Angústia Respiratória do Adulto), algumas medidas necessárias são:

- a) Profilaxia da úlcera por estresse com IPB (inibidor de bomba de próton).
- b) Controle de glicose e de função metabólica.
- c) Evitar supersedação.
- d) Suporte vasopressor e inotrópico.
- e) Uso cauteloso de esteroides para a fase fibroproliferativa, em pacientes que receberam bloqueadores neuromusculares.

34. São indicações de diálise na Insuficiência Renal Aguda, **EXCETO**:

- a) Hipervolemia Refratária.
- b) Hipercalemia Refratária.
- c) Acidose metabólica Refratária.
- d) Clearance de creatinina < 15ml/min.
- e) Uremia.

35. Um paciente de 65 anos, com antecedente de *diabetes mellitus* e hipertensão arterial sistêmica por mais de 15 anos, além de obesidade (85kg e altura 1,62m) e dislipidemia, em tratamento médico irregular, sem controle clínico adequado, foi encaminhado para o ambulatório de Nefrologia para acompanhamento, devido à elevação das escórias nitrogenadas e edema corporal. Após a avaliação inicial, foram constatados, por meio de exames laboratoriais: creatinina = 3mg/dL (VR: 0,5 – 1,3), ureia = 90mg/dL (VR 20 – 50), colesterol total = 280mg/dL, HDL = 35mg/dL, triglicérides = 235mg/dL, ácido úrico = 8,5mg/dL (VR 3,5 – 7,0), glicemia = 210mg/dL, glicemia pós-prandial = 250mg/dL, cálcio = 8mg, fósforo = 6mg (VR 3,5 – 5,0), Hb = 10,5g/dL, Ht = 32,5%, potássio = 5mEq/L; US com rins de tamanho, forma e ecogenicidade dentro do normal, com espessura corticomedular pouco reduzida. Fundo de olho com retinopatia proliferativa grau II. Com base nesses exames, o paciente foi considerado como portador de nefropatia crônica, secundária à nefropatia diabética e

hipertensiva. Sobre a insuficiência renal crônica, pode-se afirmar que:

- a) O melhor parâmetro para o diagnóstico é a ureia sérica.
- b) Todo nefropata crônico sempre tem rins de dimensões diminuídas.
- c) Os controles pressórico e glicêmico inadequados podem influenciar de forma negativa a progressão da nefropatia crônica.
- d) As infecções são a principal causa de mortalidade em casos de nefropatia crônica.
- e) A anemia não é frequentemente observada nesse grupo de pacientes.

36. A Doença Renal Crônica (DRC) apresenta elevadas prevalência e morbimortalidade em diversos países do mundo. É conceituada como alteração persistente (mais de 3 meses) da função renal (estimada pelo clearance de creatinina) e/ou albuminúria moderada ou grave. Sobre o manejo dos pacientes portadores de doença renal crônica, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- a) Os sintomas de hipervolemia podem ser tratados com diurético de alça, ainda que o efeito dessas drogas seja reduzido na DRC.
- b) O hiperparatireoidismo secundário pode ser tratado com reposição de vitamina D e fosfato, se os níveis séricos estiverem reduzidos.
- c) O estoque de ferro deve ser avaliado e repostado, se necessário, antes da administração de eritropoietina no tratamento da anemia da DRC.
- d) A vacinação contra a *influenza* e a doença pneumocócica está indicada nos pacientes com DRC em estágio final.
- e) A dieta hipoprotéica e hiposódica é uma importante aliada no tratamento conservador da doença renal crônica.

37. Um paciente de 70 anos foi atendido com história de cansaço, palidez cutânea, edema dos membros inferiores, náuseas e sonolência nas últimas semanas. Ele tem diagnóstico de diabetes mellitus há 18 anos, com baixa aderência ao tratamento. PA 190 x 115mmHg e FC 88 bpm. Seus exames mostraram: HT 28%, Hb 9,2g%, uréia 241mg% (VR: 18 – 48) creatinina 7,2mg% (VR: 0,3 – 1,2), Na 138mEq/L, potássio 8,1mEq/L (VR: 3,5 – 5,5), cloro 101mEq/L, ph: 7,21, bicarbonato sérico 7,5mEq/L. O ECG revelou ondas T apiculadas e simétricas e uma ultrassonografia mostrou



rins de tamanhos normais, com perda parcial da relação corticomedular.

Com relação ao caso, analise as afirmativas abaixo:

- I. O paciente tem indicação de iniciar hemodiálise de urgência.
- II. As alterações eletrocardiográficas presentes são típicas da hipercalemia.
- III. A alcalose metabólica do caso acima é frequente em pacientes com Insuficiência Renal.
- IV. Os exames laboratoriais e a ultrassonografia com rins de tamanhos normais evidenciam uma lesão renal aguda rapidamente progressiva.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) I, II e III estão corretas.
- b) Somente II e a IV estão corretas.
- c) I, II e IV estão corretas.
- d) Somente I e II estão corretas.
- e) Somente II e III estão corretas.

38. Paciente do sexo feminino, 32 anos, com história de dor lombar de início súbito há 3 dias, associada à hematúria e náuseas. Ao exame: PA: 115/75mmhg (normal), Ausculta Cardíaca e Pulmonar sem alterações; dor á palpação em flanco Esquerdo e Giordano positivo à Esquerda. Nega febre, nega calafrios ou uso regular de medicações. Refere volume de diurese normal. Refere faringite há cerca de 4 meses. EAS: 30 hemáceas/campo (VR: 0 – 10); 3 piócitos/campo (VR: 0-10); US rins e vias: hidronefrose à Esquerda. De acordo com o quadro clínico, qual hipótese diagnóstica mais provável e qual exame você solicitaria para elucidação?

- a) ITU baixa; urocultura.
- b) Litíase ureteral; tomografia do trato urinário sem contraste.
- c) Pielonefrite; Tomografia do trato urinário.
- d) Glomerulonefrite; biópsia renal.
- e) Síndrome Nefrótica; proteinúria de 24 horas.

39. Mulher de 20 anos procura o ambulatório de Clínica Médica por apresentar no último ano três episódios de hematúria franca, sem concomitância de dor abdominal. O último episódio ocorreu na vigência de sintomas compatíveis com faringite (faringite iniciada 2 dias antes). Ao exame clínico: PA: 160x90 mmHg. Restante sem alterações.

Laboratorialmente creatinina de 1,2 mg/dL, sedimento urinário mostrando cilindros hemáticos e proteinúria de 24 horas de 1,0 grama/24h. Hemograma normal. A ultrassonografia mostra rins de tamanho normal, sem cálculos ou dilatações de vias urinárias. Eletrólitos, glicemia, hemograma e complemento normais. FAN(fator anti-núcleo), anti-HIV e sorologias para hepatites virais: não reagentes. De acordo com o caso acima, você:

- a) Solicitaria anti-DNA para confirmar LES.
- b) Solicitaria anti-DNA para confirmar LES e iniciar pulsoterapia.
- c) Solicitaria ASLO e iniciaria anti-hipertensivo por se tratar de uma GNPE.
- d) Iniciaria anti-hipertensivo e cogitaria biópsia para investigar nefropatia por IgA.
- e) Solicitaria TC urinária ou cistoscopia por hematúria de causa urológica.

40. Marque a alternativa **INCORRETA**.

- a) Acerca do controle do processo do autoimune e autoinflamatório ativo, julgue os itens subsequentes. Na resposta imune adaptativa, após a ativação, as células T aumentam a expressão de CTLA-4, que possui maior afinidade para CD80 / CD86 do que CD28, o que leva à perda da coestimulação e resulta em interrupção da proliferação de células T e da produção de citocinas.
- b) Acerca do controle do processo do autoimune e autoinflamatório ativo, julgue os itens subsequentes. Na regulação da cascata de complemento, o inibidor C1 (C1INH) liga C1r / C1s, impedindo a ativação C1.
- c) Acerca do controle do processo do autoimune e autoinflamatório ativo, julgue os itens subsequentes. As células T reguladoras liberam IL-6, TNF- α e TGF- β , que suprimem a resposta imune.
- d) A respeito das artrites idiopáticas juvenis, julgue os seguintes itens. Os anticorpos antinucleares (AAN) e o envolvimento axial estão presentes em uma proporção significativa dos pacientes com artrite psoriásica.
- e) A respeito das artrites idiopáticas juvenis, julgue os seguintes itens. Na artrite idiopática juvenil poliarticular com fator reumatoide positivo, o envolvimento das articulações dos quadris, quando presente, está comumente associado ao envolvimento de articulações de menor porte e confere um pior prognóstico.



41. Marque a alternativa CORRETA.

- a) A respeito das artrites idiopáticas juvenis, julgue os seguintes itens. Em se tratando de artrite relacionada a entesite, de modo semelhante à espondilite anquilosante do adulto, existe uma forte associação com HLAB27, sexo masculino, predomínio de acometimento dos membros inferiores e envolvimento precoce das sacroilíacas.
- b) A respeito das artrites idiopáticas juvenis, julgue os seguintes itens. Nos casos da forma sistêmica da artrite idiopática juvenil associada a febre persistente, anemia, sintomas cardiopulmonares e elevação significativa das provas inflamatórias séricas e associada a artralguas discretas de pequenas articulações, deve-se usar terapia biológica preferencialmente com anti-TNF precocemente ou na hipótese de falha no uso de altas doses de corticosteroides.
- c) As células T reguladoras liberam IL-6, TNF- α e TGF- β , que suprimem a resposta imune. A manobra de Lasegue, que consiste no examinador levantar passivamente a perna estendida, pelo pé, a 70 graus de elevação, indica patologia (sinal de Lasegue) quando ocorre dor irradiando abaixo do joelho em um dermatomo correspondente à raiz, ao se elevar a perna entre 30 e 70 graus de elevação, sendo um teste positivo para compressão das raízes nervosas e que avalia as raízes do nervo ciático de L2 a S1.
- d) As células T reguladoras liberam IL-6, TNF- α e TGF- β , que suprimem a resposta imune. Na síndrome do canal estreito, a queixa mais característica é a claudicação neurogênica, com ocorrência de dor nas nádegas, coxas e pernas induzida pela posição ereta ou durante a marcha e aliviada na posição sentado ou com flexão da coluna.
- e) As células T reguladoras liberam IL-6, TNF- α e TGF- β , que suprimem a resposta imune. Pacientes com lombalgia verdadeira, ou seja, com doença na coluna, devem ter menor amplitude de movimento passivo do que ativo.

42. A síndrome do anticorpo antifosfolípido (SAF), caso não seja diagnosticada e tratada precocemente, apresenta elevado potencial de morbimortalidade. Com relação a essa doença, assinale a opção **CORRETA**.

- a) A colagenose que mais se associa à síndrome do anticorpo antifosfolípido é a doença mista do tecido conjuntivo.
- b) Uma paciente que apresente síndrome do anticorpo antifosfolípido e trombose venosa deve receber antioagulação plena contínua, excetuando-se o período de gestação, quando deverá ser tratada apenas com heparina profilática.
- c) Para se definir o diagnóstico da síndrome do anticorpo antifosfolípido, é necessária a presença de trombose vascular ou morbidade gestacional típica da doença e a presença de um dos anticorpos antifosfolípidos (anticardiolipina IgM ou IgG – em títulos moderados ou altos – ou anticoagulante lúpico), pelo menos, em duas dosagens, com diferença mínima de 6 semanas entre as coletas.
- d) Uma paciente que relata histórico de dois abortos não-consecutivos (anteriores à décima semana de gestação) e apresenta exames complementares que detectam a presença do anticorpo anticoagulante lúpico tem o diagnóstico definido de síndrome do anticorpo antifosfolípido, segundo os critérios preliminares do Colégio Americano de Reumatologia.
- e) Entre os critérios preliminares do Colégio Americano de Reumatologia, não se inclui o nascimento de feto prematuro por eclâmpsia ou pré-eclâmpsia grave, antes da trigésima quarta semana de gestação.

43. Considere que uma paciente jovem, com o diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico (LES), apresente-se com hipertensão arterial de início recente, elevação das escórias nitrogenadas e alteração no exame sumário de urina (hematúria, proteinúria e cilindrúria). Em relação a essa doença e considerando esse caso clínico, assinale a opção **CORRETA**.

- a) A causa mais provável das alterações apresentadas pela paciente é o uso excessivo de anti-inflamatórios não esteroidais, uma vez que tais achados não são explicados apenas pelo LES.
- b) No caso clínico em questão, a biópsia renal, se realizada, mostraria, mais provavelmente, nefrite intersticial.
- c) O autoanticorpo que mais caracteristicamente se associa a manifestações renais no LES é o anticardiolipina.



- d) O caso clínico descrito é provavelmente auto-limitado e não requer tratamento específico.
- e) No caso clínico em apreço, trata-se, provavelmente, de glomerulonefrite proliferativa difusa associada ao LES cujo tratamento deverá incluir a prescrição de corticoesteróides e imunossuppressores.

44. Uma paciente com lúpus eritematoso sistêmico iniciou pulsoterapia com ciclofosfamida, devido à nefrite lúpica. O familiar está preocupado, pois leu que uma possível complicação é a cistite hemorrágica. O reumatologista tranquiliza a família, explicando algumas medidas que podem ser tomadas com o objetivo de minimizar a toxicidade vesical. Assinale a alternativa que contém essas medidas.

- a) Iniciar AINE cinco dias antes da pulsoterapia.
- b) Hidratação vigorosa, esvaziamento periódico da bexiga e uso de agentes com grupo sulfidril (por exemplo, mesna), na data da infusão.
- c) Iniciar reposição de cálcio dez dias antes da pulsoterapia.
- d) Utilizar diuréticos de alça de doze em doze horas, no dia da pulsoterapia.
- e) Aumentar as doses de corticoide do paciente e fazer fenergan 25 mg, 1 comprimido, antes da pulsoterapia.

45. Na suspeita de tamponamento cardíaco, qual o principal exame complementar?

- a) Radiografia de tórax.
- b) Eletrocardiograma.
- c) Tomografia de tórax.
- d) Ecocardiograma.
- e) Cintilografia do miocárdio.

46. Sobre Hipertensão Arterial Sistêmica, podemos afirmar, **EXCETO**:

- a) O controle pressórico noturno é importante, pois a ausência de descenso pressórico noturno da pressão arterial se associou a maiores eventos cardiovasculares.
- b) Hipertensão arterial resistente é definida quando três ou mais anti-hipertensivos em doses adequadas, incluindo-se preferencialmente diurético, ou o uso de quatro ou mais para controle pressórico.
- c) Hipertensão refratária é definida como a pressão arterial controlada com o uso de cinco ou mais anti-hipertensivos.

- d) A ausência de descenso noturno na MAPA afasta a possibilidade de síndrome de apneia do sono.
- e) O que diferencia urgência hipertensiva de emergência hipertensiva é a presença ou ausência de lesão em órgão alvo aguda e progressiva.

47. MGF, sexo masculino, 60 anos, 80 kg, diabético e dislipidêmico. Deu entrada no setor de emergência de um hospital público, com dor precordial e em epigástrico com 3 horas de duração. O eletrocardiograma mostrou um supradesnivelamento em parede inferior. Na urgência do hospital, não se dispõe de hemodinâmica e, portanto, o emergencista resolveu fazer tenecteplase, clopidogrel e enoxaparina. Neste caso, qual a dose correta da enoxaparina para a ser aplicada nos primeiros minutos do infarto agudo do miocárdio, com Supra de ST, na ausência de contra indicação.

- a) 30mg intravenoso em bolus seguidos de 80 mg subcutâneo.
- b) 30 mg intravenoso em bolus, não fazer enoxaparina subcutânea nas próximas 24 horas.
- c) 80mg subcutânea e não fazer enoxaparina intravenosa.
- d) 30 mg subcutâneo, fazer 60 MG subcutâneo de 12 em 12.
- e) Nenhuma das alternativas acima.

48. Sobre medicações utilizadas no tratamento de doenças cardiovasculares que se relacionam com a redução da mortalidade, assinale a alternativa **CORRETA**.

- a) Ômega 3 e aspirina.
- b) Digoxina e estatina.
- c) Nitrato e aspirina.
- d) Clopidogrel e estatina.
- e) Nenhuma das respostas acima.



49. Sobre ritmos cardíacos na parada cardíaca, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- a) Na fibrilação ventricular o eletrocardiograma mostra deflexões caóticas e irregulares que variam em tamanho e forma e não há contração ventricular coordenada.
- b) Na taquicardia ventricular sem pulso o eletrocardiograma mostra complexo QRS estreitos e regulares com uma frequência maior que 100 batimentos por minuto e não se consegue o pulso carotídeo.
- c) Na atividade elétrica sem pulso (AESP), o eletrocardiograma mostra atividade elétrica organizada capaz de gerar contração ventricular, mas não se consegue palpar o pulso carotídeo.
- d) Na assistolia o eletrocardiograma não mostra a atividade elétrica cardíaca.
- e) Torsades de pointes é uma taquicardia ventricular polimórfica com morfologia de torção característica, ocorrendo no contexto do prolongamento do intervalo QT.

50. A opção terapêutica combinada que tem por objetivo a redução da mortalidade em pacientes com insuficiência cardíaca crônica são:

- a) Valsartana, espironolactona e amiodarona.
- b) Enalapril, Carvedilol e Espironolactona.
- c) Hidralazina, Nitrato e Digoxina.
- d) Anlodipina, Espironolactona e Hidroclorotiazida.
- e) Telmisartana, Hidroclorotiazida e Atenolol.