

- Cada um dos itens da prova objetiva está vinculado ao comando que imediatamente o antecede. De acordo com o comando a que cada um deles esteja vinculado, marque, na **Folha de Respostas**, para cada item: o campo designado com o código **C**, caso julgue o item **CERTO**; ou o campo designado com o código **E**, caso julgue o item **ERRADO**. A ausência de marcação ou a marcação de ambos os campos não serão apenadas, ou seja, não receberão pontuação negativa. Para as devidas marcações, use a **Folha de Respostas**, único documento válido para a correção da sua prova objetiva.
- No(s) item(ns) eventualmente constituído(s) pela estrutura **Situação hipotética**: ... seguida de **Assertiva**: ..., os dados apresentados como situação hipotética deverão ser considerados premissa(s) para o julgamento da assertiva proposta.
- Eventuais espaços livres — identificados ou não pela expressão “Espaço livre” — que constarem deste caderno de prova poderão ser utilizados para rascunhos.

PROVA OBJETIVA

A anemia é uma das complicações da doença renal crônica (DRC) e, para um diagnóstico apropriado dessa doença, exames complementares devem ser solicitados e outras causas devem ser investigadas sempre que não houver compatibilidade dos índices hematimétricos com a taxa de filtração glomerular. A respeito do diagnóstico de anemia no paciente com DRC, julgue os itens a seguir.

- 1 A anemia em paciente com DRC é macrocítica (volume corpuscular médio: > 96 fl) e hiperocrômica (concentração de hemoglobina corpuscular média: > 34 /dL).
- 2 Homens com taxa de filtração glomerular (TFG) inferior a $70 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ e mulheres com TFG inferior a $50 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ tendem a manifestar anemia relacionada à DRC.
- 3 Níveis de índice de saturação de transferrina acima de 20% e dosagens de ferritina acima de 200 ng/mL são considerados, na ausência de processos inflamatórios, indicativos de sobrecarga de ferro.
- 4 A presença de microcitose em paciente com adequada disponibilidade de ferro pode ser evidência de talassemia ou intoxicação por alumínio.
- 5 A dosagem de níveis séricos de hepcidina não se mostra clinicamente útil ou superior aos testes habituais de avaliação dos estoques de ferro.

O diabetes melito muitas vezes é acompanhado de complicações microvasculares e macrovasculares, por isso o controle glicêmico adequado é de suma importância para o paciente com doença renal crônica (DRC). A respeito do monitoramento do controle glicêmico e do tratamento do diabetes melito nesse grupo de pacientes, julgue os próximos itens.

- 6 A hemoglobina glicada reflete o controle glicêmico médio, referente a um período de sessenta a cento e vinte dias, porém não é tão fidedigna quando se trata de pacientes com DRC.
- 7 A dosagem dos níveis de albumina glicada não é indicada como método de avaliação do controle glicêmico de paciente com DRC, uma vez que os níveis de albumina glicada se correlacionam com os níveis médios da hemoglobina glicada, e essa medida reflete o controle glicêmico por um período intermediário de trinta a sessenta dias.
- 8 O uso da metformina, agente da classe das biguanidas, é permitido a paciente com DRC se a sua taxa de filtração glomerular (TFG) $> 45 \text{ mL/min}$; para paciente com TFG entre 30 mL/min e 44 mL/min , o uso desse fármaco fica a critério clínico, sendo contraindicado apenas se $\text{TFG} < 30 \text{ mL/min}$.
- 9 A glibenclamida e a glimepirida são as sulfonilureias de escolha para pacientes com doença renal dialítica, sendo também seguras para pacientes com DRC, em qualquer fase da doença.

- 10 A linagliptina, da classe de inibidores da dipeptidil peptidase 4 (IDPP4), é eliminada pela bile, sendo menos de 10% desse fármaco excretados pelo rim, motivo por que, em relação à função renal, é a única droga neutra que não requer ajuste de dose e que pode ser usada em todas as fases da DRC.

O exame de urina de um paciente de trinta anos de idade, previamente hígido, sem outras comorbidades, sem queixas urinárias, mostrou a presença de hemácias. O paciente foi encaminhado ao nefrologista para investigação de hematúria microscópica.

Tendo como referência esse caso clínico, julgue os itens que se seguem.

- 11 A cor da urina é modificada apenas se houver presença de sangue.
- 12 O padrão-ouro para o diagnóstico de hematúria microscópica é a análise de fita reagente em amostra simples de urina.
- 13 Na avaliação da hematúria microscópica, o parâmetro indicativo de hematúria de origem glomerular é a presença concomitante de proteinúria, de cilindros hemáticos e de dismorfismo eritrocitário.
- 14 A hematúria de origem glomerular é representada, no exame microscópico, por hemácias uniformes, sem variação de tamanho e com biconvexidade da membrana preservada, o que é denominado dismorfismo eritrocitário.
- 15 Entre adultos não idosos com hematúria persistente de origem glomerular, os diagnósticos mais frequentes são de nefropatia por IgA, de doença da membrana basal fina e de nefrite hereditária.

Com relação à injúria renal aguda em pacientes com câncer, julgue os itens subsecutivos.

- 16 Os fatores de risco para desenvolvimento de injúria renal aguda em pacientes com câncer incluem sepse, lesão renal direta devido a câncer primário, distúrbios metabólicos e efeitos nefrotóxicos dos medicamentos quimioterápicos.
- 17 O desenvolvimento de lesão renal aguda não interfere nos efeitos do tratamento quimioterápico, sendo desnecessário ajuste de dose ou mudança no esquema terapêutico proposto.
- 18 A principal causa de lesão renal aguda no paciente com mieloma múltiplo é a nefropatia por cilindro, causada pela superprodução de imunoglobulinas monoclonais e de cadeias leves livres, que, depois de filtradas pelo glomérulo, ligam-se à proteína de Tamm-Horsfall nos túbulos, formando cilindros insolúveis que causam obstrução intrarrenal e subsequente inflamação tubulointersticial.
- 19 A síndrome da lise tumoral, geralmente associada à lesão renal aguda e a convulsões, caracteriza-se pelo aumento dos níveis séricos de magnésio, sódio e cálcio, podendo ser acompanhada por hipocalcemia.

- 20 A hipercalcemia da malignidade frequentemente causa lesão renal aguda, que, por sua vez, pode exacerbar a hipercalcemia pela excreção renal limitada de cálcio.

Acerca da desnutrição na fase avançada da doença renal crônica não dialítica (DRCND), julgue os seguintes itens.

- 21 O estado inflamatório crônico, usualmente encontrado nos pacientes nesse estágio da doença, é apontado como fator independente para a desnutrição.
- 22 Na DRCND, eleva-se a produção dos hormônios anabólicos, como a insulina e o hormônio do crescimento, ao passo que ocorre inibição dos hormônios catabólicos, como glucagon e paratormônio.
- 23 Para a avaliação do estado nutricional de pacientes com DRCND, é fortemente recomendada a combinação de métodos, incluindo-se a história global e alimentar do paciente, exame físico detalhado, as medidas antropométricas e os testes bioquímicos.
- 24 Os objetivos da terapia nutricional para paciente com DRCND incluem: manter ou restabelecer o estado nutricional; retardar a progressão da doença renal; minimizar o acúmulo de compostos nitrogenados tóxicos; prevenir ou minimizar os distúrbios hidroeletrólíticos, mineral, ácido básico e hormonal.
- 25 Os níveis reduzidos de fósforo sérico estão ligados à progressão da DRC e ao desenvolvimento do hipoparatiroidismo secundário.

A respeito da infecção por citomegalovírus (CMV) em pacientes submetidos à transplante renal, julgue os itens subsequentes.

- 26 O citomegalovírus é um tipo de herpes-vírus humano.
- 27 A primoinfecção ocorre em pacientes submetidos a transplante renal com a seguinte sorologia para CMV IgG: doador negativo e receptor positivo (D-/R+).
- 28 A metodologia mais sensível e recomendada para o diagnóstico de infecção por CMV é a detecção de IgM sérica.
- 29 Duas estratégias de redução de risco da doença pelo citomegalovírus estão disponíveis e devem ser adotadas em pacientes de alto risco: o tratamento preemptivo e a profilaxia universal. O tratamento preemptivo consiste em administração de um antiviral pelo período de três a seis meses; a profilaxia universal consiste em monitorização intensa e semanal da viremia, entre o 21.º dia e o 90.º dia do pós-operatório.
- 30 O tratamento da infecção pelo citomegalovírus deve ser feito com ganciclovir intravenoso por quatorze dias a vinte e oito dias, além de ser mantido por uma semana após a negativação, porque esse é o período em que o PCR persiste positivo. Pacientes com doença invasiva devem ser tratados por vinte e um dias a vinte e oito dias.

A incidência crescente de diabetes melito (DM) aponta para uma epidemia global, acompanhada de complicações micro e macrovasculares e aumento da mortalidade. A respeito da nefropatia diabética, julgue os itens a seguir.

- 31 Nas fases iniciais do DM1 com controle metabólico precário, é esperado um aumento da taxa de filtração glomerular (TFG).
- 32 Uma das principais alterações histopatológicas da nefropatia diabética é a vasodilatação das arteríolas eferentes e, em menor grau, das arteríolas aferentes.
- 33 O estiramento mecânico da parede glomerular pode iniciar um processo de dano glomerular progressivo.
- 34 A inativação de plaquetas, com acúmulo de fibrina, favorece a formação de microtrombos intracapilares.
- 35 Entre as células glomerulares nativas, as células mesangiais são as mais sensíveis à tensão mecânica gerada na hiperfiltração glomerular.
- 36 A glicação de proteínas circulantes tem papel fundamental no desenvolvimento da proteinúria no DM1.

Com relação aos fatores de risco, de prevenção e de tratamento da nefropatia diabética, julgue os próximos itens.

- 37 São fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento de nefropatia diabética: hiperglicemia, hipertensão arterial, dislipidemia e tabagismo.
- 38 História familiar de nefropatia diabética não é considerada fator de risco.
- 39 A hiperglicemia crônica é o principal fator de risco para o surgimento da nefropatia diabética.
- 40 Níveis de hemoglobina glicada < 7,0% podem conferir maior proteção contra o desenvolvimento da nefropatia diabética em pacientes com DM2, em comparação aos pacientes com DM1.
- 41 Os inibidores de cotransportadores de sódio e de glicose tipo 2 apresentam potencial efeito nefroprotetor.
- 42 Recomenda-se dieta sem restrição de proteínas para pacientes com albuminúria > 300 mg/24 horas.

No que se refere a tratamento terapêutico para pacientes com diabetes melito, julgue os itens subsequentes.

- 43 O uso de metformina é contraindicado a pacientes com TFG < 45 mL/min.
- 44 A glibenclamida, por apresentar metabolização hepática, é mais indicada que a glicazida.
- 45 As pioglitazonas devem ser usadas com cautela por pacientes com doença renal crônica e insuficiência cardíaca, sendo necessário observar, na avaliação desses pacientes, se estão presentes determinados sinais e sintomas como, por exemplo, dispneia, edema de membros inferiores e ganho de peso.
- 46 A linagliptina é o agente de escolha entre os inibidores da dipeptidil peptidase 4 (iDPP-4) em pacientes com doença renal nos estágios IV e V.
- 47 O uso de inibidores de cotransportadores de sódio e glicose tipo 2 pode aumentar o risco de desenvolvimento de infecção do trato urinário.
- 48 A empaglifozina é contraindicada a pacientes com diabetes melito e história de evento coronariano.

A respeito do tratamento para paciente diabético com doença renal crônica classe V, julgue os itens subsecutivos.

- 49 O transplante simultâneo de rim e pâncreas deve ser indicado para pacientes com DM1 e com DM2 com comportamento clínico insulínico dependente associado à doença renal crônica classe V.
- 50 Devido ao risco cardiovascular elevado, a meta terapêutica nos pacientes em terapia renal substitutiva deve ser mais rigorosa, devendo-se adotar como objetivo do tratamento a obtenção dos seguintes valores: hemoglobina glicada < 6,5%, pré-prandial < 100 mg/dL e pós-prandial < 120 mg/dL.
- 51 Alterações laboratoriais presentes nos pacientes em diálise podem mascarar os valores de hemoglobina glicada.
- 52 Deve-se priorizar a dosagem da albumina glicada como medida de controle do tratamento do diabetes.
- 53 Os valores de glicemia de jejum atualmente preconizados não devem ser utilizados rotineiramente para a população em diálise peritoneal.
- 54 A administração de insulina deve ser preferivelmente subcutânea nos pacientes em diálise peritoneal.

Com relação às síndromes glomerulares nefrítica e nefrótica, julgue os próximos itens.

- 55 O uso de inibidor da enzima conversora de angiotensina (ECA) é recomendado a pacientes com síndrome nefrítica.
- 56 Há degradação da via clássica do complemento do sistema imunológico de pacientes com nefrite lúpica assim como da via alternativa desse complemento na glomerulonefrite pós-infecciosa.
- 57 A persistência de hematúria por mais de duas semanas, nos casos de síndrome nefrítica pós-infecciosa, indica mal prognóstico.
- 58 Anúria súbita e piora acentuada da função renal são achados que sugerem glomerulopatia rapidamente progressiva.
- 59 No adulto, as principais causas primárias de síndrome nefrótica incluem membranosa e glomérulo esclerose segmentar e focal (GESF).
- 60 Em pacientes com síndrome nefrótica, o surgimento de dor em flanco, piora súbita da função renal e hematúria sugerem migração da doença para polo nefrítico.

Com base nas diretrizes acerca de anemia da Sociedade Brasileira de Nefrologia para o paciente com doença renal crônica (DRC) — consenso 2014 —, julgue os itens seguintes.

- 61 O valor de hemoglobina de pacientes com DRC em estágios de 3 a 5 não deve ser inferior a 10 g/dL.
- 62 A individualização de alvo de hemoglobina não deve ser recomendada para pacientes com DRC de estágios de 3 a 5.
- 63 Para homens com menos de sessenta e cinco anos de idade e que tenham sido submetidos a transplante renal, o nível de hemoglobina deve ficar entre 13 g/dL e 14 g/dL.
- 64 Se o paciente tem doença cardiovascular preexistente e se a hemoglobina está entre 8 g/dL e 8,5 g/dL, a hemotransfusão é indicada.
- 65 Um dos efeitos colaterais dos estimuladores de eritropoese é a ocorrência de hipertensão arterial severa.
- 66 Em pacientes com DRC e com diagnóstico de anemia, antes de se iniciar a introdução dos agentes estimuladores de eritropoese, todas as causas corrigíveis devem ser tratadas e os estoques de ferro devem estar adequados.

A respeito da terapia renal substitutiva — modalidade diálise peritoneal —, julgue os itens que se seguem.

- 67 As soluções de diálise peritoneal que contêm glicose têm pH alcalino, o que constitui fator para a alteração do mesotélio, piora dos mecanismos inflamatórios e perda da capacidade de ultrafiltração e difusão.
- 68 A diálise peritoneal contínua ambulatorial (CAPD) é a melhor escolha de método dialítico para pacientes classificados como alto transportador no teste de equilíbrio peritoneal.
- 69 Pacientes considerados baixo e médio-baixo transportadores no teste de equilíbrio peritoneal apresentam absorção lenta de glicose, mantêm o gradiente osmótico e, consequentemente, possuem maior capacidade de ultrafiltração.
- 70 A colostomia ou a ileostomia constitui contraindicação relativa para a diálise peritoneal.
- 71 Embora a diálise peritoneal tenha se mostrado um método viável, simples e acessível para pacientes com insuficiência renal aguda, ela é absolutamente contraindicada para pacientes muito graves, em ventilação mecânica e com necessidade de $\text{FiO}_2 > 70\%$.
- 72 A hiponatremia em pacientes em diálise peritoneal é frequente e está relacionada ao *sieving* de sódio na membrana peritoneal.

Acerca da nefropatia diabética, julgue os itens a seguir, conforme o Posicionamento Oficial Tripartite n.º 1/2016 da Sociedade Brasileira de Diabetes, da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia e da Sociedade Brasileira de Nefrologia.

- 73 O estiramento mecânico da parede glomerular é um dos eventos capazes de iniciar um processo de dano glomerular progressivo não apenas na nefropatia diabética, como também na doença renal crônica por outros fatores etiológicos.
- 74 Apesar da sensibilidade do endotélio a estímulos mecânicos, o único responsável pela amplificação da agressão mecânica inicial é o podócito.
- 75 A hiperglicemia é o principal fator de risco para as complicações microvasculares do diabetes melito.
- 76 Os inibidores de cotransportadores de sódio e de glicose tipo 2 (iSGLT2) têm se mostrado drogas seguras e que podem prevenir a lesão renal.
- 77 Os níveis de hemoglobina glicada (HbA1C) não estão associados a desfechos como mortalidade e doença coronariana.
- 78 A recidiva da doença renal diabética é importante causa de falência do enxerto renal.

Com relação às glomerulopatias, julgue os seguintes itens.

- 79** É correto considerar que ocorre a remissão completa da síndrome nefrótica quando há negatificação da proteinúria ou até mesmo quando há redução a níveis entre 0,3 g/dia e 0,5 g/dia.
- 80** Ao ser corado com vermelho congo e aplicado o processo com permanganato de potássio, o corte histológico de biópsia renal apresenta alteração que diferencia entre amiloidose AA e amiloidose AL, sendo que esta última perde a sua afinidade com esse tipo de corante.
- 81** A microscopia de imunofluorescência das vasculites é de padrão pauci-imune.
- 82** Depósitos subepiteliais podem ser evidenciados na microscopia eletrônica e estão presentes na glomerulonefrite membranosa e na glomerulonefrite membranoproliferativa tipo III.
- 83** O micofenolato mofetil, normalmente usado para indução na dose de 2,5 g/dia a 3,0 g/dia, tem eficácia equivalente à ciclofosfamida na indução da remissão a curto prazo, podendo ser a droga de escolha para indivíduos específicos, como negros, asiáticos e pacientes cujo tratamento não tenha sido eficaz com a ciclofosfamida.
- 84** Na nefropatia da IgA, a IgA depositada é a IgA2, normalmente originada da mucosa e derivada da subglicosilação da IgA2 na região da dobradiça.

No que se refere ao transplante renal, julgue os próximos itens.

- 85** Nos últimos anos, o número de transplantes renais com doador vivo aparentado tem aumentado significativamente e continuamente.
- 86** É proibido o transplante renal por doador vivo não aparentado, exceto se o doador for o cônjuge.
- 87** A nefropatia da IgA é uma glomerulopatia de grande recorrência no pós-transplante renal.
- 88** A infecção por citomegalovírus é frequente nos pacientes transplantados renais, no entanto não representa risco de comprometimento da sobrevida de longo prazo do enxerto nem do paciente que apresenta doença invasiva.
- 89** O vírus HTLV-1 está relacionado com PTLN, sendo o rituximab um esquema terapêutico adequado para o seu tratamento.
- 90** O tratamento da rejeição aguda mediada por anticorpos deve ser feito com anticorpos policlonais isolados ou com plasmáfereze e imunoglobulina intravenosa.

O urato é uma causa de gota, calcinose renal e lesão renal aguda em decorrência da síndrome de lise tumoral, mas ainda é controversa a relação desse sal com doença renal, doença cardiovascular e diabetes. Com relação a esse assunto, julgue os itens a seguir.

- 91** Concentrações intracelulares elevadas de urato estimulam, entre outros, a ativação de proteína-quinases, fatores de transcrição pró-inflamatória (fator nuclear κ B [NF- κ B]) e fatores de crescimento.
- 92** Disfunção do túbulo proximal, com liberação de quimiocinas inflamatórias e síntese de gordura nos hepatócitos pode estar associada a altas concentrações de urato.
- 93** Uma das causas de hipertensão induzida por hiperuricemia pode estar relacionada ao efeito do soro e(ou) urato intracelular, que, em geral, estimula o sistema renina-angiotensina-aldosterona, trazendo como consequências: baixa síntese e produção de óxido nítrico endotelial e indução de estresse oxidativo, que podem acarretar vasoconstrição renal e arteriosclerótica.
- 94** Tendo em vista que o urato é considerado como de alto risco para doença cardiovascular, recomenda-se o tratamento de rotina para hiperuricemia a pacientes com hipertensão arterial, doença renal ou síndrome metabólica/diabetes do tipo II.

Com relação à doença renal policística autossômica dominante (DRPAD) e à insuficiência renal crônica (IRC), julgue os itens seguintes.

- 95** Mutações genéticas PKD1 tendem a promover a progressão mais rápida da IRC.
- 96** A literatura médica recomenda que se evite o emprego de tolvaptam na prática clínica, porquanto essa medicação não contribui para o retardo da progressão da IRC.
- 97** A hipertensão arterial e o gênero masculino são fatores de risco para a evolução mais rápida da deterioração da função renal.
- 98** O início de complicações urológicas antes dos trinta e cinco anos de idade está associado à progressão rápida da IRC.

Tendo em vista que o processo de isquemia-reperfusão (IR) ocorre durante os procedimentos envolvidos no transplante de órgãos, e que os danos causados pela hipóxia acarretam alta taxa de morbidade e mortalidade, julgue os itens que se seguem, relativos a esse assunto.

- 99** A hipóxia em células tubulares representa o primeiro evento para injúria renal aguda.
- 100** A falência de órgãos ocorre por causa do estresse oxidativo produzido pela reperfusão sanguínea, induzindo uma resposta inflamatória com consequente morte celular.
- 101** Evidências experimentais sugerem que as galectinas — principalmente a galectina-1 (GAL-1) — são mediadores inflamatórios que atuam na amplificação ou resolução do processo de IR.
- 102** A galectina-1 não contribui para a prevenção de injúria renal aguda na IR.

O hiperparatireoidismo secundário (HPTS) está associado a aumento do *turnover* ósseo, risco de fraturas, calcificações vasculares e mortalidade cardiovascular. Com referência a esse assunto e a aspectos diversos a ele relacionados, julgue os próximos itens.

- 103** O fator de crescimento de fibroblastos 23 (FGF-23) é um hormônio produzido principalmente nos osteócitos, capaz de reduzir níveis de fosfato por meio de três vias diferentes: aumento da excreção, estimulação da PTH e inibição da síntese de calcitriol.
- 104** Os receptores sensíveis ao cálcio — o do tipo 1 (agonistas) e o do tipo 2 (positivo alostérico modulador) —, além de serem essenciais para a manutenção da homeostase sistêmica do cálcio, são excelentes alvos para o tratamento de distúrbios ósseos e minerais.
- 105** O cinacalcete reduz o nível de FGF-23, mas não interfere na redução dos riscos de fratura em decorrência do HPTS.
- 106** O emprego do cinacalcete na prática clínica é considerado seguro, pois muito raramente ele provoca efeitos indesejados e não induz hipocalcemia.

Os anticoagulantes orais são utilizados em pacientes com insuficiência renal crônica (IRC) no estágio V submetidos a terapia renal substitutiva e que apresentem fibrilação atrial, visando a redução dos riscos de acidente vascular cerebral e embolia sistêmica. Com referência a essas informações e a aspectos diversos a elas pertinentes, julgue os próximos itens.

- 107** O warfarin é o anticoagulante mais utilizado na prática clínica, tendo como controle o ajuste da dose do INR.
- 108** Os efeitos do warfarin podem ser revertidos por baixas doses de vitamina K.
- 109** O emprego do apixaban está autorizado para os pacientes com IRC no estágio V.
- 110** Devido ao baixo risco de sangramento, recomenda-se o emprego de rivaroxaban como droga de escolha para pacientes com IRC no estágio V, pois esse medicamento não necessita do ajuste de dose.

Na síndrome cardiorrenal, que envolve a disfunção do coração e dos rins, a disfunção de um órgão leva ao acometimento do outro. A respeito dessa síndrome e de aspectos diversos a ela relacionados, julgue os itens que se seguem.

- 111** A disfunção cardiovascular na sépsis está associada com o aumento significativo da mortalidade.
- 112** A síndrome cardiorrenal do tipo 1 é uma descompensação aguda da função cardíaca que acarreta injúria renal aguda.
- 113** A ativação do sistema nervoso simpático e do sistema renina-angiotensina-aldosterona está diretamente implicada na síndrome cardiorrenal do tipo 3.
- 114** O uso de betabloqueadores juntamente com inibidores da enzima de conversão ou de bloqueadores dos receptores da angiotensina II não contribui para a redução de complicações cardiovasculares e renais nos pacientes idosos portadores da síndrome em apreço.
- 115** A hemodiafiltração pode trazer resultados satisfatórios para os pacientes com quadro de síndrome cardiorrenal do tipo 1 secundário a sépsis que evolua com injúria renal aguda que demande terapia renal substitutiva.

A nefropatia diabética é considerada uma doença altamente prevalente, pois costuma acometer a maioria dos pacientes em estágio final de doença renal. Por isso, a busca por tratamentos curativos para essa doença é de alta prioridade. A respeito desse tema, julgue os itens subsecutivos.

- 116** Embora a hiperglicemia seja a mesma na diabetes do tipo 1 e na do tipo 2, a doença renal crônica progressiva se desenvolve muito mais rapidamente em pacientes com diabetes do tipo 2 do que naqueles com o tipo 1 da doença.
- 117** A hiperglicemia aumenta drasticamente a concentração de glicose no ultrafiltrado glomerular do túbulo proximal, fato que induz a expressão do cotransportador sódio-glicose 2 (SGLT-2) no segmento S2 do túbulo proximal.
- 118** Os mecanismos fisiopatológicos da nefropatia diabética e da doença renal de outra etiologia são os mesmos em pacientes com diabetes melito.
- 119** A perda de barreira do podócito é um precursor para a perda de proteína, podendo acarretar fibrose glomerular e progressão para doença renal crônica.
- 120** Para evitar que o quadro de nefropatia diabética progrida para IRC, recomenda-se que o paciente faça uso de inibidor de enzima de conversão juntamente com um bloqueador de receptor da angiotensina.

Espaço livre