

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

Processo Seletivo

RESIDÊNCIA MÉDICA UNIFICADA 2012

Caderno de Provas Objetiva e Discursiva

LEIA COM ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES ABAIXO.

- 1 Ao receber este caderno, confira inicialmente se os seus dados pessoais, transcritos acima, estão corretos e coincidem com os que estão registrados em sua folha de respostas, no seu caderno de textos definitivos da prova discursiva de respostas curtas e em cada página numerada deste caderno. Confira também o nome do programa de residência para o qual você concorre, bem como a área/especialidade, conforme seu caso. Em seguida, verifique se este caderno contém a quantidade de itens indicada em sua folha de respostas, correspondentes à prova objetiva, e dez questões correspondentes à prova discursiva, acompanhadas de espaços para rascunho. Caso o caderno esteja incompleto, tenha qualquer defeito ou apresente divergência quanto aos seus dados pessoais ou quanto ao nome do programa para o qual você concorre, solicite ao fiscal de sala mais próximo que tome as providências cabíveis, pois não serão aceitas reclamações posteriores nesse sentido.
- 2 Quando autorizado pelo chefe de sala, no momento da identificação, escreva, no espaço apropriado da sua folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Conforme previsto em edital, o descumprimento dessa instrução implicará a anulação das suas provas e a sua eliminação do processo seletivo.

- 3 Não se comunique com outros candidatos nem se levante sem autorização de fiscal de sala.
- 4 Na duração das provas, está incluído o tempo destinado à identificação — que será feita no decorrer das provas —, ao preenchimento da folha de respostas e à transcrição dos textos para o caderno de textos definitivos da prova discursiva de respostas curtas.
- 5 Ao terminar as provas, chame o fiscal de sala mais próximo, devolva-lhe a sua folha de respostas e o seu caderno de textos definitivos e deixe o local de provas.
- 6 Nenhuma folha deste caderno pode ser destacada.
- 7 A desobediência a qualquer uma das determinações constantes em edital, no presente caderno, na folha de respostas ou no caderno de textos definitivos poderá implicar a anulação das suas provas.

OBSERVAÇÕES

- Não serão conhecidos recursos em desacordo com o estabelecido em edital.
- Informações adicionais: telefone 0(XX) 61 3448-0100; Internet — www.cespe.unb.br.
- É permitida a reprodução deste material apenas para fins didáticos, desde que citada a fonte.

De acordo com o comando a que cada um dos itens a seguir se refira, 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.

PROVA OBJETIVA

Tendo em vista que as mulheres com doença renal terminal apresentam, em terapia hemodialítica, índices de fertilidade reduzidos e que a melhora do tratamento no decorrer dos últimos anos e o uso de análogos da eritropoetina para correção de anemia levaram a uma maior probabilidade de gravidez entre essa população, julgue os itens que se seguem.

- 1 A individualização do banho de diálise, com o aumento na concentração do potássio, a redução na concentração de sódio (135 a 136 mmol/L) e a redução na concentração de bicarbonato, pode evitar distúrbios hidreletrolíticos graves.
- 2 O regime de hemodiálise durante o período gestacional deve tentar mimetizar as alterações fisiológicas da gravidez, sendo necessárias vinte a vinte e quatro horas de terapia dialítica por semana, visando-se manter os níveis de ureia o mais baixo possível.
- 3 O ajuste do peso seco deve ser feito semanalmente, a partir do segundo trimestre, na taxa aproximada de 0,5 kg por semana, para evitar hipervolemia e hipertensão.
- 4 O uso de estatinas e inibidores de enzima conversora da angiotensina (IECA) / antagonista do receptor da angiotensina (ARA) não deve ser descontinuado devido ao aumento do risco de eventos cardiovasculares.

Com relação aos diuréticos, que atuam em diferentes segmentos do néfron, reduzindo o volume plasmático e aumentando a excreção de sódio e água, e à sua importância no controle de diversas condições clínicas, como insuficiência cardíaca congestiva, hepatopatia crônica e síndrome nefrótica, entre outras, julgue os próximos itens.

- 5 Os diuréticos tiazídicos inibem a reabsorção de cloreto de sódio no túbulo proximal, competindo pelo sítio do cloro no cotransportador $\text{Na}^+\text{-Cl}^-$ na membrana luminal.
- 6 Pacientes com refratariedade aos diuréticos de alça, mesmo em doses elevadas, e que apresentem aumento na reabsorção de sódio em outros segmentos do néfron se beneficiam de terapia combinada com outras classes de diuréticos, como tiazídicos e poupadores de potássio.
- 7 A capacidade de um diurético aumentar a excreção urinária de sódio depende da interação de três fatores: dose administrada, quantidade de sódio reabsorvida no local de ação do diurético e capacidade de reabsorção de sódio nos segmentos mais distais. Nesse contexto, comparativamente aos diuréticos de alça e aos diuréticos poupadores de potássio, os diuréticos tiazídicos são os mais potentes.
- 8 Os diuréticos de alça inibem a reabsorção de cloreto de sódio no ramo ascendente espesso da alça de Henle, competindo pelo sítio do cloro no cotransportador $\text{Na}^+\text{-K}^+\text{-2Cl}^-$ na membrana luminal.

Julgue os itens de 9 a 12, a respeito das glomerulopatias.

- 9 Infecção pelo vírus da hepatite C pode associar-se ao surgimento de glomerulonefrite membranoproliferativa do tipo I e crioglobulinemia mista do tipo II, cursando com proteinúria variável da faixa subnefrótica a nefrótica, hematúria microscópica e hipertensão. O sistema complemento geralmente se encontra consumido pela via alternativa.
- 10 Nos portadores de glomerulonefrite membranosa, encontram-se, principalmente na região subepitelial, depósitos de IgG e fatores do complemento, causando quadro clínico de síndrome nefrótica com proteinúria não seletiva e hematúria microscópica, presente em torno de 50% dos pacientes.

- 11 A nefropatia por IgA, também conhecida como doença de Berger, pode apresentar-se dentro de um amplo espectro clínico — desde a hematúria assintomática até a síndrome nefrótica —, com alteração da função renal ou glomerulonefrite crescêntica e rápida deterioração da função renal.
- 12 Encontrados nos quadros de glomerulopatias, os depósitos renais mesangiais de IgA também podem ser encontrados em outras patologias sistêmicas, como púrpura de Henoch-Schönlein e cirrose hepática alcoólica.

De acordo com a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, a hipertensão arterial sistêmica secundária (HAS-S) tem prevalência de 3% a 5%. Antes de se investigarem causas secundárias de HAS, devem-se excluir: medida inadequada da pressão arterial; hipertensão do avental branco; tratamento inadequado; não adesão ao tratamento; progressão das lesões nos órgãos-alvos da hipertensão; presença de comorbidades e interação com medicamentos.

Tendo o texto acima como referência inicial, julgue os itens seguintes, acerca da HAS.

- 13 O quadro clínico de paciente com HAS de difícil controle, ganho de peso, fadiga, fraqueza, hirsutismo, amenorreia, face em “lua cheia”, corcova dorsal, estrias purpúricas, obesidade central e hipopotassemia sugere o diagnóstico de síndrome de Cushing. Em 80% dos pacientes com esse quadro, o aumento dos níveis tensionais é consequência da maior retenção de sódio e água, com aumento do volume plasmático.
- 14 Feocromocitomas são tumores de células argentafins que se localizam na medula adrenal ou em regiões extra-adrenais (paragangliomas), que, em geral, produzem catecolaminas e se associam a quadro clínico de HAS paroxística (30% dos casos) ou sustentada com ou sem paroxismos (50% a 60% dos casos). Para o diagnóstico da presença de feocromocitomas, utiliza-se a dosagem das catecolaminas e seus metabólitos, sendo a dosagem do ácido vanilmandélico urinário o teste mais sensível e menos específico para a confirmação diagnóstica.
- 15 HAS resistente ao tratamento associada a hipocalcemia sugere o diagnóstico de hiperaldosteronismo primário, podendo o diagnóstico ser confirmado a partir da relação aldosterona/atividade de renina plasmática, que deve ser menor ou igual a 30.
- 16 Na presença de sopro abdominal e episódios de edema agudo de pulmão súbito, deve-se investigar a presença de estenose de artéria renal. A HAS devida a esse quadro pode ocorrer na população mais jovem, em razão da displasia fibromuscular, ou na população com maior número de fatores de risco, em razão da aterosclerose. Independentemente do tipo de lesão, o procedimento de correção da estenose acarreta, na maior parte dos casos, rápido controle dos níveis tensionais.
- 17 A síndrome da apneia obstrutiva do sono na modalidade grave caracteriza-se por sonolência diurna, ronco, síndrome metabólica e índice de apneia-hipopneia maior ou igual a quinze eventos por hora, sendo mais eficaz o tratamento que combina perda de peso e uso de ventilação contínua com pressão positiva.

A diálise peritoneal, embora seja uma modalidade de menor custo e sua realização não requeira unidade específica, foi empregada, conforme dados do Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia 2010, em apenas 10% do número total de pacientes submetidos a diálise no Brasil. Acerca dessa modalidade de diálise, julgue os itens que se seguem.

- 18 O resultado do PET (teste do equilíbrio peritoneal) determina a que modalidade de diálise peritoneal (CAPD ou DPA) o paciente deverá ser submetido.
- 19 Insuficiência renal aguda não é contraindicação para a realização de diálise peritoneal, principalmente em pacientes hipercatabólicos e hipervolêmicos, aos quais o fato de a diálise peritoneal ser uma modalidade contínua proporciona vantagens em relação à hemodiálise intermitente e estendida.
- 20 Comparativamente aos pacientes submetidos a hemodiálise três vezes por semana, os pacientes submetidos a diálise peritoneal apresentam maior prevalência de hiperfosfatemia e hiperparatireoidismo secundário, fato explicado pela menor remoção de fósforo da membrana peritoneal.
- 21 Um dos grandes complicadores da diálise peritoneal, a despeito dos avanços atuais, continua sendo a peritonite. A prevalência dessa complicação é de, aproximadamente, um episódio por paciente a cada vinte e quatro meses.
- 22 Assim como na hemodiálise, os principais princípios envolvidos na fisiologia do transporte peritoneal são: difusão, ultrafiltração e convecção.
- 23 A administração de insulina a paciente portador de diabetes melito pode ser feita por via subcutânea e(ou) nas bolsas de diálise.

Julgue os itens de **24 a 29**, relativos à legislação aplicável aos transplantes no Brasil.

- 24 Em caso de mortes não violentas ou por causas desconhecidas, a declaração de óbito deve ser assinada pelo médico que for realizar a captação de órgãos no momento do início do procedimento cirúrgico.
- 25 Falência primária do enxerto renal no pós-operatório imediato é critério para priorização de receptor em lista de transplante, de acordo com a portaria pertinente do Ministério da Saúde.
- 26 Os critérios para morte encefálica em adulto, definidos pelo Conselho Federal de Medicina, incluem, obrigatoriamente, duas provas clínicas por médicos capacitados e uma prova complementar, que pode ser eletroencefalograma, eco-Doppler de artérias cerebrais e cintilografia de crânio.

27 A alocação de órgãos, de acordo com portaria do Ministério da Saúde, deve ser feita pelo menor número de incompatibilidades entre o doador e o receptor e, em caso de empate, pelo tempo de espera em lista e pelo tempo de início de diálise.

28 Considere o seguinte quadro clínico.

Um paciente de quarenta e cinco anos de idade, vítima de politraumatismo grave, com traumatismo cranioencefálico, foi atendido em unidade de neurocríticos e submetido a craniectomia descompressiva. No terceiro dia pós-operatório, por apresentar anisocoria e não apresentar incursões respiratórias, ele foi submetido a provas clínicas para morte encefálica, que confirmaram o diagnóstico. No momento do diagnóstico, o paciente apresentava creatinina sérica de 0,8 mg/dL, EAS sem alterações, proteinúria negativa, sorologias para hepatites B, C, HIV e HTLV negativas. Durante a entrevista familiar, a mãe informou que outros membros da família sofriam de doença renal e já estavam em tratamento hemodialítico por doença renal policística, mas esclareceu que o filho apresentava apenas seis cistos em um único rim e não tinha alteração de função renal, pois se consultava anualmente com nefrologista, e manifestara o desejo de ser doador de órgãos após sua morte.

Nesse quadro clínico, o potencial doador não deve ser validado como doador renal por apresentar doença estrutural.

29 De acordo com portaria do Ministério da Saúde, doadores renais para doação intervivos não obtêm pontuação diferenciada em caso de necessidade de receber transplante renal.

Com referência ao transplante renal, julgue os próximos itens.

- 30 As máquinas de perfusão renal têm sua principal indicação nos casos de rins de critérios expandidos e, por si, contraindicam o implante de enxertos com elevados índices de resistência.
- 31 Os antígenos HLA da classe I são encontrados em todas as superfícies celulares nucleadas, e os antígenos HLA da classe II, nas células apresentadoras de antígenos.
- 32 A rejeição aguda celular é a causa mais frequente de perda de enxerto renal.
- 33 A infecção viral pelo citomegalovírus é a mais frequente nos trinta primeiros dias do transplante renal.
- 34 O paciente infectado pelo vírus BK deve ser tratado com ganciclovir.

Julgue os itens a seguir, referentes a pielonefrite aguda, infecção urinária e infecção urinária alta com complicação.

35 Considere o seguinte caso clínico.

Um homem com vinte e cinco anos de idade, que sofreu acidente automobilístico grave e apresentou quadro de traumatismo craniocéfálico grave que evoluiu em coma *dépassé*, vem apresentando, nos últimos três dias, temperatura alta (38 °C), náusea e vômitos. Encaminhado ao pronto-socorro, ele foi submetido a exame físico. Exames complementares revelaram os resultados seguintes. EAS: piúria maciça, pH = 7,2, leucocitúria e proteinúria de 1+, tendo sido colhido material para urocultura, cujo resultado é aguardado; hemograma: 26.000 leucócitos (18% de bastões); hemoglobina = 14,0; plaquetas = 600.000; creatinina = 2,4 mg/dL, potássio = 4,9 mEq/L; sódio = 134 mEq/L; tomografia computadorizada de abdome total: imagem radiopaca em pelve renal, com extensão para três grupos calicinais direitos e área perirrenal direita com pseudocápsula associada a conteúdo com atenuação gasosa. Com base nesse caso clínico, é correto inferir o diagnóstico de cálculo coraliforme e abscesso renal, cujo tratamento de escolha compreende: antibioticoterapia, punção e drenagem do abscesso, além de nefrolitotomia percutânea, nefrolitotomia anatrófica ou nefrectomia.

36 Um dos tratamentos para pacientes portadores de cálculo coraliforme é a litotripsia extracorpórea por ondas de choque, estando, entre as complicações desse procedimento, o aumento do risco de sepse.

Com relação às doenças autoimunes sistêmicas de repercussão renal, julgue os itens seguintes.

37 Considere o seguinte caso clínico.

Um homem branco de setenta anos de idade, portador de insuficiência renal, foi submetido a avaliação laboratorial, que revelou os seguintes valores: eletrólitos séricos – sódio = 135 mEq/L, potássio = 4,2 mEq/L, cloreto = 109 mEq/L, bicarbonato = 24 mEq/L, glicose = 101 mg/dL, cálcio = 13,9 mg/dL, fósforo = 4,3 mg/dL; albumina = 3,4 g/dL; globulina = 3,8 g/dL; urina: depuração de creatinina = 55 mL/min, proteína = 7,2 g/dL; hematócrito = 29%; proteinúria = 2,400 mg/dia.

Com base nesse quadro clínico, é correto considerar como primeira hipótese diagnóstica o mieloma múltiplo.

38 Considere o seguinte caso clínico.

Um homem negro de quarenta e cinco anos de idade, que se queixava de anorexia, astenia, emagrecimento e redução do volume urinário, foi submetido a exame físico, cujo resultado apresentou eritema nodoso. No exame de raio X, observaram-se adenopatia peri-hilar e infiltrado pulmonar. Os demais exames apresentaram: bioquímica com creatinina sérica = 3,9 mg/dL, ureia = 110 mg/dL, cálcio = 14,0 mg/dL, albumina sérica = 3,2 g/dL; a biópsia de tecido transbrônquico revelou granulomas não caseosos; colorações específicas do tecido pulmonar não revelaram microrganismos.

Nesse caso clínico, é correta a hipótese diagnóstica de sarcoidose.

39 A doença glomerular de cadeias leves de imunoglobulina monoclonal nos rins é responsável, principalmente, pelas vasculites de vasos de médios e grandes calibres.

40 Considere o seguinte caso clínico.

Um homem de vinte e cinco anos de idade chegou ao hospital com sinais e sintomas respiratórios superiores, seguidos por raias de sangue no escarro e mal-estar, referindo ter tido uma gripe havia trinta dias. O paciente apresentava edema nos membros inferiores e pressão arterial de 140 mmHg × 90 mmHg. Os dados laboratoriais pertinentes indicaram ureia sanguínea de 86 mg/dL e nível de creatinina de 3,5 mg/dL. O EAS mostrou proteína 2+, sangue 3+, 8 a 12 hemácias por campo de grande aumento e raros cilindros eritrocitários. A radiografia de tórax revelou opacidade nos dois campos pulmonares.

Nesse caso clínico, a doença anti-MBG é o diagnóstico mais provável.

Um homem de quarenta e três anos de idade desenvolveu celulite no membro inferior esquerdo, durante dez dias, sem procurar acompanhamento médico. Entretanto, como sua condição não melhorou, ele procurou o médico, que o hospitalizou imediatamente. Por ocasião da hospitalização, o nível sérico de creatinina do paciente era de 1,2 mg/dL. Durante duas semanas, o paciente recebeu terapia antibiótica IV, composta por nafcilina, clindamicina e gentamicina. Após dez dias de tratamento, obteve-se nível sérico de creatinina de 3,5 mg/dL. A ultrassonografia renal revelou rins de tamanho normal e sem hidronefrose.

Com base no caso clínico acima apresentado, julgue os itens a seguir.

41 Considere que o paciente em questão tenha evoluído, após dois dias, com quadro de pressão arterial de 200 mmHg × 100 mmHg, volume urinário de 30 mL/h e urina de cor escura; que o exame de EAS tenha revelado proteína 4+, hemoglobina 3+, cilindros hemáticos, cilindros leucocitários, cilindros hialinos e cilindros séricos; e que, após três semanas de evolução, as taxas de C3 e C4 tenham se apresentado com valores normais. Nessa situação, seria correto afastar o diagnóstico de GNDA pós-estreptocócica e indicar a realização de biópsia renal.

42 Nesse caso, a insuficiência renal aguda do paciente deve-se a glomerulonefrite aguda mediada por imunocomplexo, decorrente da infecção cutânea ou de nefrite intesticial, causada pelo uso de antibiótico betalactâmico.

A respeito de alterações de doenças renais por uso de anti-inflamatórios e com relação a doenças hereditárias, julgue os próximos itens.

43 Para se investigar doença renal policística congênita do adulto, doença hereditária autossômica recessiva, são necessários o conhecimento da história familiar progressiva, o estudo genético e o aconselhamento genético.

44 Considere o seguinte caso clínico.

Uma mulher de cinquenta anos de idade, com histórico de diabetes e não insulino dependente há dez anos, queixa-se de lombalgia, para cujo tratamento foram prescritos 50 mg de Voltaren[®], três vezes ao dia. Após quatro semanas, a paciente retornou para avaliação, tendo os exames laboratoriais apresentado o seguinte resultado: eletrólitos séricos: sódio = 136,0 mEq/L, potássio = 6,2 mEq/L, cloreto = 106,0 mEq/L, bicarbonato = 18,0 mEq/L; ureia sanguínea = 55 mg/dL; creatinina sérica = 5,3 mg/dL. Além disso, em exames realizados um ano e seis meses antes, constatou-se que o nível sérico de creatinina dessa paciente era de 2,2 mg/dL.

Com base nesse caso clínico, é correto afirmar que a piora da função renal deve-se ao uso de AINS, cuja ação de inibição de prostaglandina e prostaciclina ocasiona isquemia renal.

A respeito de distúrbios eletrolíticos, julgue os itens subsequentes.

45 Considere o seguinte caso clínico.

Um homem de quarenta e cinco anos de idade, em tratamento de carcinoma de pulmão com radioterapia, deu entrada, torporoso, no hospital. No exame físico, apresentava-se corado, hidratado, sem cianose, com peso de 70 kg, e não parecia emagrecido. Reagiu aos estímulos algícos, abriu os olhos à solicitação verbal e não apresentou rigidez de nuca. Estava normotenso, sem edemas, e a ausculta cardíaca não demonstrou anormalidade. O paciente apresentava murmúrio vesicular diminuído na base pulmonar direita, e seu abdome não apresentava visceromegalias. A gasometria arterial e a glicemia, a creatinina e a ureia séricas estavam em níveis normais. O sódio sérico era de 110 mEq/L.

Nesse caso clínico, as quantidades aproximadas, em gramas ou milimoles de sódio, que deveriam ser calculadas inicialmente para reposição nas primeiras vinte e quatro horas do tratamento seriam, respectivamente: 24 g ou 420 mmol.

46 A concentração de sódio encontrada na solução de Ringer Lactato é de 130 mEq/L.

47 Considere o seguinte caso clínico.

Um paciente com setenta e cinco anos de idade, recém-submetido a ressecção transuretral da próstata, apresentava-se confuso e torporoso. Encontrava-se euolêmico, com PA = 130 mmHg × 90 mmHg, peso = 80 kg, sódio = 113 mEq/L e potássio = 4,5 mEq/L no sangue e osmolaridade sérica = 23 mOsm. No intraoperatório, ele recebera 5 L de infusão intravenosa de cristaloides.

Nesse caso clínico, a conduta correta seria infundir cloreto de sódio a 3% em uma velocidade de 100 mL/h por três horas, devendo-se, posteriormente, repetir os exames e reavaliar a condição clínica do paciente.

48 Se um rapaz de vinte anos de idade, sadio, com peso de 70 kg e altura de 1,72 m, ingerir, rapidamente, 2 L de água mineral, ele apresentará inibição da secreção de vasopressina, redução da capacidade de concentração urinária, diurese hiposmótica e redução da carga corporal de sódio.

Com relação à insuficiência renal, julgue os itens seguintes.

49 Caso uma paciente de vinte oito anos de idade que se submete a tratamento de terapia renal substitutiva apresente, frequentemente, quadro de pielonefrite aguda (PNA) por cálculo coraliforme, será correto indicar a nefrectomia do rim nativo comprometido, devido ao risco de sepse grave por PNA.

50 Considere o seguinte caso clínico.

Uma mulher de cinquenta e sete anos de idade procurou o pronto-socorro, queixando-se de mal-estar e edema. Referiu ser saudável e não tomar medicamentos. Um exame físico abrangente, incluindo provas laboratoriais de rotina, fora realizado três meses antes, tendo sido os resultados totalmente normais. A paciente relatou que esses sintomas já ocorriam havia algumas semanas e que não observara mudanças no volume de urina, mas notara nictúria. O exame físico revelou paciente em bom estado geral, corada, acianótica, afebril ao toque, com edema nos membros inferiores e hipertensão. Não foram observados achados físicos dignos de nota. As provas laboratoriais mostraram os resultados listados a seguir. Eletrólitos séricos: sódio = 138 mEq/L, potássio = 5,8 mEq/L, cloreto = 100 mEq/L, bicarbonato = 18 mEq/L; ureia sanguínea = 92 mg/dL; creatinina sérica = 5,8 mg/dL; hematócrito = 31%; contagem de leucócitos = 9.700 mm³ e VHS = 40 mm/h; EAS: pH = 5,5, proteína = 2+, 10 a 20 hemácias por campo de grande aumento, e raros cilindros eritrocitários; anticorpos antinucleares, complemento (CH50), títulos de antiestreptolisina-O (ASO) e anticorpos reumáticos normais. Realizou-se biópsia renal percutânea, cujo resultado revelou que cerca de 80% dos glomérulos encontrados tinham crescentes epitélis proliferativos. A imunofluorescência mostrou retenção inespecífica de baixos níveis de IgG e IgA, complemento e fibrina.

No caso clínico apresentado, é correto o diagnóstico de glomerulonefrite idiopática rapidamente progressiva, e o tratamento de escolha deve ser constituído de pulsoterapia com metilpredisolona venosa e hemodiálise.

PROVA DISCURSIVA DE RESPOSTAS CURTAS

- Nesta prova, faça o que se pede, usando os espaços para rascunho indicados no presente caderno. Em seguida, transcreva os textos para o **CADERNO DE TEXTOS DEFINITIVOS DA PROVA DISCURSIVA DE RESPOSTAS CURTAS**, nos locais apropriados, pois **não serão avaliados fragmentos de texto escritos em locais indevidos**.
- Em cada questão, qualquer fragmento de texto além da extensão máxima de linhas disponibilizadas será desconsiderado. Será também desconsiderado o texto que não for escrito no espaço correspondente.
- No **caderno de textos definitivos**, identifique-se apenas no cabeçalho da primeira página, pois **não será avaliado** texto que tenha qualquer assinatura ou marca identificadora fora do local apropriado.
- Na avaliação de cada questão, será atribuído até 1,0 ponto à capacidade de expressão na modalidade escrita e de uso das normas do registro formal culto da língua portuguesa.

QUESTÃO 1

A peritonite continua sendo a principal causa de complicações relacionadas à diálise peritoneal. Episódios graves, repetidos e prolongados dessa inflamação podem acarretar graves sequelas à membrana peritoneal, levando à falência do método, com necessidade de transição para outra modalidade de terapia renal substitutiva.

ISPD Guidelines — Peritoneal Dialysis — related infections recommendations: 2010 UPDATE.

Tendo o fragmento de texto acima como referência inicial, responda aos seguintes questionamentos.

- ▶ Qual é o quadro clínico sugestivo da peritonite?
- ▶ Como se deve realizar o diagnóstico?
- ▶ Quais são as indicações de retirada do cateter de diálise peritoneal?

RASCUNHO – QUESTÃO 1

1	
2	
3	
4	
5	

Texto para as questões 2 e 3

Um homem de setenta e dois anos de idade, pesando 100 kg (circunferência abdominal de 108 cm), estatura de 1,70 m, portador de hipertensão arterial sistêmica há trinta anos com controle inadequado, diabetes do tipo 2 há dez anos, em uso de metformina e vidagliptina, realiza consultas regulares com endocrinologista e nefrologista. Seus exames laboratoriais mais recentes revelaram: microalbuminúria +, creatinina = 1,5 mg/dL, ureia = 45 mg/dL, Na = 136 mEq/L, K = 4,8 mEq/L, Hb = 12,1 g/dL, Ht = 33 %, colesterol total = 240 mg/dL, HDL = 33 mg/dL, LDL = 140 mg/dL, triglicéridios = 180 mg/dL e ácido úrico = 9,5 mg/dL.

I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica (com adaptações).

QUESTÃO 2

Com base no quadro clínico apresentado no texto acima, responda aos seguintes questionamentos.

- ▶ Como se define e quais são os componentes da síndrome metabólica (NECP-ATP III)?
- ▶ Que classe de anti-hipertensivo deve ser prescrita para interferir na progressão da nefropatia diabética e de eventos cardiovasculares?

RASCUNHO – QUESTÃO 2

1	
2	
3	
4	
5	

QUESTÃO 3

Ainda com base no caso clínico apresentado, responda à seguinte indagação: caso o paciente alcance um clearance de creatinina $<30 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ durante o seguimento nefrológico, quais devem ser as orientações médicas a respeito da dieta do paciente, do controle pressórico, da modalidade dialítica e do acesso definitivo?

RASCUNHO – QUESTÃO 3

1	
2	
3	
4	
5	

QUESTÃO 4

Cite quatro principais efeitos colaterais causados pelos inibidores de calcineurina, comumente utilizados na realização de transplante de órgãos sólidos.

RASCUNHO – QUESTÃO 4

1	
2	
3	
4	
5	

QUESTÃO 5

Uma mulher de quarenta anos de idade, com peso de 70 kg, foi submetida a DPA (diálise peritoneal automatizada) com cinco ciclos de 2,4 L por noite, mais uma infusão diária de 2 L em seis horas. Seu volume de água corporal total (V), calculado pela fórmula de Watson, foi de 40 L; o ultrafiltrado em 24 horas, igual a 2 L; a dosagem da ureia plasmática, igual a 100 mg/dL e a armazenada do dialisato, igual a 70 mg/dL; o KT/V renal da paciente foi igual a 0,4 por semana.

Considerando os dados acima informados, calcule o KT/V semanal da paciente e avalie, com a devida justificativa, se o valor do KT/V obtido está adequado.

RASCUNHO – QUESTÃO 5

1	
2	
3	
4	
5	

QUESTÃO 6

Um rapaz de vinte anos de idade, portador de insuficiência renal crônica secundária a diabetes melito do tipo I, que realiza diálise peritoneal contínua ambulatorial há dez meses, procurou o serviço de diálise, queixando-se de dor abdominal, náuseas, vômitos e mal-estar.

Com referência ao quadro clínico apresentado acima, identifique o diagnóstico clínico mais provável e informe os parâmetros clínicos laboratoriais necessários para esse diagnóstico. Descreva, ainda, a conduta mais adequada em relação à cobertura antibiótica e à remoção do cateter de Tenckhoff.

RASCUNHO – QUESTÃO 6

1	
2	
3	
4	
5	

QUESTÃO 7

Cite quatro efeitos colaterais mais frequentes causados pelo tratamento com inibidores da mTOR.

RASCUNHO – QUESTÃO 7

1	
2	
3	
4	
5	

QUESTÃO 8

Infelizmente, a demanda por transplante no Brasil é desproporcional à oferta de órgãos. Em 2010, foram realizados 4.630 transplantes renais no Brasil e estima-se que existam mais de 35 mil pacientes em fila para esse tipo de transplante. De acordo com a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, esses dados permitem concluir que, se não houvesse mais nenhum cadastro novo de paciente em fila de transplante renal, seriam necessários mais de sete anos para zerar a fila de transplante renal no Brasil, o que torna cada vez mais importante a utilização de doador falecido com critério expandido.

Considerando que o texto acima tem caráter unicamente motivador, faça o que se pede a seguir.

- ▶ Conceitue doador falecido com critério expandido e esclareça o conceito de receptores priorizados.
- ▶ Conceitue função tardia do enxerto.
- ▶ Defina rejeição hiperaguda.

RASCUNHO – QUESTÃO 8

1	
2	
3	
4	
5	

QUESTÃO 9

Estudos revelam a preocupante fragmentação no cuidado do paciente renal, que envolve radiologistas, cirurgiões vasculares e vários profissionais da área médica fora do âmbito nefrológico. Nesse sentido, os procedimentos realizados pelo nefrologista intervencionista devem ser feitos de maneira eficaz, de modo a proporcionar ganho de tempo no cuidado do paciente renal.

J. Bras. Nefrol., 2004, 26(3):129-36(com adaptações).

Tendo fragmento de texto acima como referência inicial, responda aos seguintes questionamentos.

- ▶ O que é nefrologia intervencionista?
- ▶ Qual é a função do nefrologista intervencionista?

RASCUNHO – QUESTÃO 9

1	
2	
3	
4	
5	

QUESTÃO 10

Associe as situações clínicas de cada um dos pacientes abaixo listados com os achados de gasometria — pH, pCO₂ mmHg, O₂ mmHg, e HCO₃ mEq/L — normalmente esperados para a situação descrita e informe o distúrbio metabólico associado a cada um dos casos. Para os achados de gasometria, utilize termos como baixo, alto, elevado, reduzido.

- ▶ Paciente A com embolia pulmonar.
- ▶ Paciente B com diabetes descompensado e cetoacidose.
- ▶ Paciente C com diarreia e vômitos.

RASCUNHO – QUESTÃO 10

1	
2	
3	
4	
5	