

VOCÊ ESPECIALISTA

2026

CURSO PARA A PROVA DE TÍTULO EM NEFROLOGIA

Correções das Provas dos Anos Anteriores da SBN

VOCÊ ESPECIALISTA

Cronograma do curso:



Sua jornada
começa aqui!

LARGADA

ESTAÇÃO 1

Gasometria e Distúrbios Hidroeletrolíticos

Você vai mergulhar nos bastidores do equilíbrio ácido-básico e eletrolítico com um nível de profundidade que raramente é visto. Aqui, a gasometria arterial deixa de ser um enigma e se transforma em uma aliada. Sódio, potássio, cálcio, fósforo e magnésio serão dominados por você — não com decoreba, mas com compreensão clínica de alto nível. **É o começo da sua transformação em um verdadeiro especialista.**

DE 01 DE FEVEREIRO
A 15 DE MARÇO

ESTAÇÃO 2

Glomerulopatias

Você vai atravessar o universo das glomerulopatias como nunca antes: com clareza, didatismo e atualizações de ponta. Do básico absoluto ao manejo das formas mais raras e graves, passando por atlas de patologias renais e novos tratamentos, essa estação é o coração do raciocínio clínico nefrológico. **Aqui nasce a confiança para enfrentar qualquer biópsia renal.**

DE 15 DE MARÇO
A 30 DE ABRIL

ESTAÇÃO 3

Doença Renal Crônica

Nesta etapa, você aprende a cuidar de quem mais precisa: o paciente com doença renal crônica. Desde o diagnóstico precoce até o momento delicado de indicar a terapia renal substitutiva. Anemia, DMO-DRG, preparo para diálise e o universo da diálise peritoneal ganham vida aqui. **Você se tornará o profissional que acompanha e acolhe em cada fase da jornada renal.**

DE 01 DE MAIO
A 31 DE MAIO

ESTAÇÃO 5

Nefrologia Clínica

Chegou a hora de dominar o consultório. Hipertensão primária e secundária, nefrolitíase, doenças císticas, intersticiais e infecções urinárias serão enfrentadas com domínio técnico e segurança. **É aqui que você se consolida como um nefrologista completo, que sabe atuar tanto na beira do leito quanto na rotina ambulatorial.**

DE 01 DE JULHO
A 31 DE JULHO

ESTAÇÃO 4

Nefrointensivismo

Bem-vindo à UTI. Aqui, você vai aprender a tomar decisões mais rápidas, precisas e seguras diante das situações mais críticas. Discutiremos todas as causas de lesão renal aguda e de terapia renal substitutiva. **Ao final, você dominará por completo a diálise contínua.** Essa estação é para quem quer fazer a diferença no ambiente de terapia intensiva.

DE 01 DE JUNHO
A 30 DE JUNHO

Continue firme,
você está no
caminho certo

DE 01 DE AGOSTO
A 31 DE AGOSTO

ESTAÇÃO 7

Revisão Retra Final

Chegou o momento de testar tudo o que você aprendeu. São três grandes simulações de prova, com plataforma idêntica à da prova de título, para você treinar como se fosse pra valer. Cada questão é corrigida em detalhes, e você revisa a nefrologia como um todo, integrando raciocínio, estratégia e segurança.

Aqui você deixa de estudar como aluno e começa a pensar como especialista.

DIAS 02, 16 E 30
DE AGOSTO

ESTAÇÃO 6

Transplante Renal

Prepare-se para viver o que poucos vivem. O transplante renal será desvendado do zero ao avançado. Você vai entender, indicar, acompanhar e tratar. Um curso inteiro sobre transplante, feito por quem vive o transplante todos os dias. **Aqui você vira a chave da sua carreira.**

ESTAÇÃO 8

Lives de Revisão

É o sprint final. Em lives diárias e ao vivo, vamos direto ao ponto: os temas que mais caem, as pegadinhas, as atualizações, os macetes.

Você vai se sentir acompanhado, reforçado, afiado. **É revisão de verdade, feita por quem sabe o que cai.** Seu preparo, seu foco, seu momento.

Parabéns por chegar até aqui. Vá com confiança e conquiste sua aprovação!



CHEGADA

Estações Transversais

MARÇO A AGOSTO

Nefro no Trânsito

Treinamento diário de imagem em nefrologia direto no seu WhatsApp. Para você aprender mesmo no meio da correria do dia.

Nefro Night

À noite, uma pergunta importante de revisão cai no seu colo - ou melhor, no seu celular. Um encontro diário com o conteúdo essencial.



Aprenda Nefro®

QUESTÕES

Prova de Título de Especialista Sociedade Brasileira de Nefrologia 2022

Prova Objetiva da Manhã. 50 questões.

1- Mulher, 42 anos, refere dor em flanco de caráter intermitente há dois anos. Há três meses apresenta empachamento pós-prandial e saciedade precoce. Tem histórico familiar de doença renal crônica com necessidade de diálise em quatro membros da família materna.

Exame físico: PA= 148/92 mmHg presença de massas abdominais bilaterais com superfícies irregulares e pouco dolorosas à palpação profunda. Creatinina atual= 0,84 mg/dL

Valores de referência: creatinina 0,9 mg/dL

Quanto ao tratamento inicial dessa paciente, qual a estratégia mais adequada?

- A. Controlar a pressão arterial para níveis $\leq 130/85$ mmHg.
- B. Reduzir a ingesta de sódio para $<5\text{g/dia}$ e de proteínas para $<0,6\text{ g/kg}$.
- C. Iniciar redutor de colesterol se o nível de LDL for $> 70\text{ mg/dL}$.
- D. Aumentar a ingesta de água para alcançar osmolalidade urinária $\leq 280\text{ mOsm/kg}$.

2- Dentre os critérios a seguir, qual NÃO faz parte do diagnóstico de pré-eclampsia, em paciente previamente normotensa, além da elevação da PAS ≥ 140 mmHg ou da PAD ≥ 90 mmHg em pelo menos duas ocasiões (com no mínimo quatro horas entre as aferições), após a 20a semana de gestação?

- A. Proteinúria $> 3\text{ g}$ em urina de 24 horas.
- B. Creatinina sérica $>1,1\text{ mg/dL}$ ou aumento de duas vezes seu valor basal, na ausência de outra doença renal.
- C. Aumento das transaminases em pelo menos duas vezes o limite superior da normalidade.
- D. Edema pulmonar e presença de sintomas visuais (borramento visual e escotomas).

3- Homem, 43 anos, com histórico de uso excessivo e crônico de álcool foi internado em uma Unidade de Tratamento Intensivo. Foram observadas alterações de humor, que variaram da apatia até a agitação.

Exame físico: fraqueza muscular; tremores; fasciculações musculares, sinais de Trousseau e Chvostek positivos.

Eletrocardiograma: alargamento de QRS e alteração de onda T.

Qual o distúrbio hidroeletrólítico esperado?

- A. Hiponatremia.
- B. Hipercalemia.
- C. Hipercalcemia.
- D. Hipomagnesemia.

4- Homem, 62 anos, retorna em consulta de rotina de acompanhamento pós doação renal para irmão há 20 anos. Não faz uso de medicamentos

Peso: 108 kg IMC- 32kg/m^2 ; PA 148/82 mmHg

Exames laboratoriais: creatinina 1,76 mg/dL; relação proteína/creatinina urinária 0.8.

Valores de referência: creatinina $<1,2\text{ mg/dL}$; relação proteína/creatinina urinária $<0,15\text{ g/g}$

Em relação aos desfechos tardios pós doação renal, assinale a alternativa correta.

- A. Hipertensão arterial ocorre em cerca de 30% dos doadores renais, cerca de 10 anos pós doação.
- B. A expectativa de vida de doadores renais é menor que a da população geral, pareada por idade e sexo.
- C. Proteinúria $> 1\text{ g/24h}$ ocorre em cerca de 30% dos doadores, mais frequente após o décimo ano pós doação.
- D. Após 10 anos da doação, a função renal encontra-se abaixo de $60\text{ ml/min/1.73 m}^2$, na maioria dos doadores.

5- As seguintes patologias glomerulares, de novo, têm sido descritas após a vacinação contra Covid-19, EXCETO:

- A. Nefropatia da IgA.
- B. Vasculite ANCA (anticorpo citoplasmático anti-neutrófilico).
- C. Glomerulopatia membranosa.
- D. Nefrite anti-membrana basal glomerular (anti-GBM)

6- Homem, 38 anos, está em tratamento de manutenção de lupus eritematoso sistêmico há um ano com prednisona 10 mg/dia e azatioprina 150 mg/dia. Sem sinais clínicos ou laboratoriais de atividade. Nos últimos três meses apresentou eliminação de três cálculos renais, o último com necessidade de terapia expulsora com tansulosina por 6 dias

Exames laboratoriais: creatinina 1,12 mg/dL; cálcio= 9.2 mg/dL PTH: 54 pg/ml, ácido úrico 13,4 mg/dl.

Exame de urina de 24 horas:

Cálcio: 124 mg

Citrato: 422 mg

Oxalato: 18 mg

Ácido úrico: 1320 mg.

Valores de referência: creatinina 1,2 mg/dl, cálcio 6.8 a 10.4 mg/dL: PTH 65 pg/ml ácido úrico 3,4 a 7,0 mg/dl

Urina de 24 horas cálcio 100 a 300 mg citrato 320 mg oxalato 7 a 44 mg ácido úrico 250-750 mg

Qual a melhor opção para o manejo de distúrbio metabólico neste paciente?

- A. Manter azatioprina e iniciar benzobromarona.
- B. Suspender a azatioprina e iniciar citrato de potássio
- C. Aumentar a prednisona e iniciar alopurinol.
- D. Trocar azatioprina por micofenolato e iniciar alopurinol.

7- Homem, 20 anos, refere há dois meses quadro de tosse com expectoração amarelada e aparecimento de urina avermelhada por três dias. Nega outros sintomas, episódios semelhantes anteriormente e história familiar de doença renal.

Exame físico: Bom estado geral; corado; hidratado; peso= 64 Kg; altura= 1,70 m; PA= 116/72 mmHg; FC=72 bpm; FR= 19 irpm, T- 36,1°C. Exame cardiovascular, pulmonar e abdominal normais, sem edemas.

Exames laboratoriais: creatinina- 1,6 mg/dL; exame de urina: hemácias >100/campo, presença de dismorfismo eritrocitário; proteinúria de 24 horas 1,4 g. Biópsia renal: Microscopia ótica: M1 (hipercelularidade mesangial em mais de 50% dos glomérulos), E1 (presença de proliferação endocapilar), SO (ausência de glomerulosclerose segmentar), TO (<25% de fibrose tubulointersticial) e C1 (<25% de crescentes)

Valores de referência: creatinina 1,2 mg/dL; exame de urina: hemácias<5/campo, leucócitos< 5/campo, proteína ausente. Proteinúria 24h 0,15g

Esta classificação é utilizada para o diagnóstico histológico de:

- A. nefropatia de IgA.
- B. glomerulonefrite membranosa proliferativa.
- C. vasculite ANCA relacionada.
- D. nefropatia lúpica.

8- Em relação a ação do hormônio antidiurético, assinale a alternativa INCORRETA.

- A. A ligação do ADH a receptores nas células do ducto coletor medular provoca a expressão de aquaporinas.
- B. A avaliação da concentração e diluição urinária pode ser feita compreendendo-se os conceitos de depuração osmolar e de água livre.
- C. A capacidade do rim excretar água livre é grande, enquanto a capacidade de conservar água é limitada a no máximo 1,3 a 1,5 litros por dia.
- D. Doenças renais, álcool, lítio, hipocalcemia e hiponatremia (ou hiponatremia) diminuem a resposta tubular ao ADH

9- Mulher, 56 anos, com quadro de síndrome nefrótica, foi submetida à biópsia renal, com diagnóstico de glomerulopatia membranosa.

Na microscopia óptica e imunofluorescência, quais achados histopatológicos que confirmam este diagnóstico?

- A. Alças capilares glomerulares espessadas; presença de espículas no lado externo da membrana basal das alças capilares glomerulares e depósitos subepiteliais de IgG, C3 e PLA2R.
- B. Alças capilares glomerulares espessadas; desdobraimento da membrana basal das alças capilares glomerulares e depósitos subepiteliais de IgG, C3 e PLA2R
- C. Alças capilares glomerulares delgadas; presença de espículas no lado externo da membrana basal das alças capilares glomerulares e depósitos subendoteliais de IgG, IgM e PLA2R
- D. Alças capilares glomerulares delgadas: desdobraimento da membrana basal das alças capilares glomerulares e depósitos subendoteliais de IgG, IgM e PLA2R

10- Homem, 20 anos, assintomático, encaminhado para avaliação nefrológica por apresentar, em exame admissional, exame de creatinina= 2.2 mg/dL. Realizada nova coleta de creatinina após 48 horas: creatinina -2.1 mg/dL ureia= 35 mg/dL: exame de urina: hemácias 3/campo, leucocitos 4/campo, proteína ausente. Negava doenças recentes ou tratamentos anteriores.

Valores de referência: creatinina < 1,2 mg/dL; ureia: 17 a 46 mg/dL: exame de urina: hemácias <5/campo, leucócitos < 5/campo, proteína ausente

Neste caso, qual a conduta mais adequada?

- A. Solicitar cistatina sérica e microalbuminúria em urina de 24h.
- B. Verificar o uso de drogas que falsamente alterem os níveis de creatinina.
- C. Solicitar exame de clearance de creatinina em urina de 24h.
- D. Verificar o uso recente de suplementos nutricionais.

11- Em relação à fisiopatologia do distúrbio mineral ósseo na doença renal crônica, estágio 3B, assinale a alternativa correta.

- A. O fator de crescimento de fibroblasto 23 (FGF23) é um peptídeo produzido nas células tubulares renais e tem função importante no controle do fósforo sérico.
- B. A secreção de FGF23 é estimulada apenas pela fósforo ingerido na dieta, não sendo influenciada pelos valores de PTH ou calcitriol.
- C. O aumento do PTH sanguíneo causa aumento da reabsorção óssea e redução da reabsorção renal de cálcio no túbulo distal.
- D. A hiperfosfatemia reduz a concentração de cálcio iônico e a síntese de calcitriol, contribuindo para o hiperparatireoidismo secundário.

12- Homem, 32 anos, alcoólatra, trabalhador da construção civil, deu entrada na Unidade de Emergência com história de febre, diarreia, artralgia, calafrios, mialgia e cefaleia há aproximadamente quatro dias.

Na admissão: T= 36,3°C; FR= 28 irpm; PA= 102/52 mmHg; FC 106 bpm; icterico; presença de rash cutâneo, não oligúrico e apresentando hemoptise.

Exames laboratoriais: ureia 230 mg/dL; creatinina 2,5 mg/dL; potássio 3,2 mEq/L; hemoglobina 11 g/dL; hematocrito= 36%; leucocitos= 12,000/mm³: plaquetas- 50.000/mm³; AST=82 UI/L: ALT= 96 UI/L; bilirrubina direta= 8 mg/dL; exame de urina: proteína +/4+: hemoglobina ++/4. hemácias 10/campo; leucócitos 15/campo.

Valores de referência: creatinina <1,2 mg/dL; ureia 17 a 48 mg/dL; potássio 3,7 a 5,4 mEq/L; hemoglobina= 14 a 18 g/dL; hematócrito= 36-469%; leucócitos =4.000 a 10.000/mm³: plaquetas 150.000-400.000/mm³: AST(TGO) < 40 UI/L; ALT(TGP) <41 UI/L; bilirrubina direta,<0,3 mg/dL. Exame de urina hemácias <5/campo, leucocitos <5/campo, proteína ausente.

Qual a hipótese diagnóstica e a conduta para reduzir a mortalidade?

- A. Glomerulonefrite pós infecciosa, antibioticoterapia, corticoide oral e hidratação vigorosa.
- B. Glomerulonefrite rapidamente progressiva, antibioticoterapia, pulsoterapia e hemodiálise.
- C. Nefrite intersticial aguda, hidratação moderada, antibioticoterapia e hemodiálise.
- D. Microangiopatia trombotica, pulsoterapia, hidratação profusa e hemodiálise.

13- Homem, 42 anos, tem diagnóstico de doença renal crônica por nefropatia por HIV. Estável, em uso de terapia antiretroviral.

Para que possa ingressar em lista de transplantes, além da carga viral indetectável para HIV, é necessário:

- A. apresentar contagem de CD4> 200 cel/mm³ no último mês.
- B. usar terapia antirretroviral, com inibidor de integrase, por pelo menos três meses.
- C. apresentar contagem de CD8> 200 cel/mm³ por pelo menos 6 meses.
- D. usar terapia antirretroviral, com inibidor de protease, por pelo menos 12 meses.

14- Mulher, 52 anos, retorna para avaliação de investigação metabólica de litíase renal de repetição.

Exames laboratoriais: cálcio= 9,2 mg/dL; PTH=36 pg/dL; vitamina D= 39,9 UI/L, cálcio urinário=400 mg/24h.

Valores de referência: creatinina < 0,9 mg/dL; cálcio= 8,8 a 10,4 mg/dL, PTH<65 pg/mL; vitamina D 30 UI/L na urina de 24 horas: cálcio=100 a 300

Além de orientar aumento da ingesta hídrica, qual a conduta adequada?

- A. Restringir cálcio na dieta, prescrever furosemida.
- B. Restringir consumo de proteínas e sal, prescrever hidroclorotiazida.
- C. Prescrever bicarbonato de sódio e citrato de potássio, dieta não restritiva.
- D. Restringir consumo de carnes vermelhas e sal, prescrever alopurinol.

15- Homem, 68 anos, tem diagnóstico de adenocarcinoma de pulmão e está internado em Unidade de Terapia Intensiva há 10 dias para tratamento de sepse de foco pulmonar. Evoluiu com lesão renal aguda KDIGO 3, em CVVHDF há seis dias, com anticoagulação locorregional. Nas últimas 24 horas, apresentou instabilidade hemodinâmica com necessidade de doses crescentes de amina vasoativa e piora de parâmetros laboratoriais.

Exames laboratoriais: gasometria arterial: pH=7,25; paCO₂-32 mmHg; HCO₃-14 mEq/L; lactato- 28 mg/dt; procalcitonina=0.9 ng/mL; sódio 140 mEq/L; cloro= 102 mEq/L; cálcio total= 10,8 mg/dL; cálcio iônico sistêmico= 0,9 mmol/L; cálcio iônico pós filtro=0,32 mmol/L

Valores de referência: sódio 132 a 146 mEq/L; gasometria arterial: pH- 7,35 a 7,45; paCO₂- 35 a 45 mmHg HCO₃- 20 a 30 mmol/L; lactato= 5.7-22mg/dL; procalcitonina <0.5 ng/mL; cloro=98 a 106 mmol/L cálcio total= 8,8 a 10.2 mg/dL; cálcio iônico 1.11 a 1,4 mmol/L

Qual a explicação mais provável para a piora do paciente?

- A. Síndrome de lise tumoral.
- B. Novo choque séptico.
- C. Intoxicação por citrato.
- D. Rabdomiólise.

16- Mulher, 22 anos, veio encaminhada para realização de biópsia renal por apresentar quadro de síndrome nefrítica aguda hipocomplementêmica diagnosticada há quatro semanas e que evoluiu com aumento da creatinina sérica de 1,0 mg/dl para 2,9 mg/dl. Biópsia renal: microscopia óptica; padrão de glomerulonefrite membranoproliferativa, presença de crescentes celulares em 7 de 28 glomérulos: Imunofluorescência: predominância de C3. Microscopia eletrônica: presença de depósito denso intramembranoso.

Valores de referência: creatinina <0,9mg/dL.

Nessa doença, o mecanismo mais frequentemente envolvido é:

- A. associado à ativação de via clássica do complemento.
- B. decorrente de autoanticorpos para fatores do complemento.
- C. relacionado à presença de gamopatia monoclonal.
- D. decorrente da deposição de imunocomplexos.

17- Homem, 82 anos, fez uso de anti inflamatórios não esteroidais (AINE) por dores articulares uma semana antes do cateterismo cardíaco e evolui 2 dias após o uso de contraste com elevação da creatinina.

Exame físico com redução de pulsos periféricos, livedo reticular, epigastralgia e diminuição do volume urinário.

Exames laboratoriais: ureia= 160 mg/dL, creatinina-3,2 mg/dL. Exame de urina: leucocitos=15/campo, hemácias= 8/campo, proteína +/4.

Valores de referência: creatinina < 1,2 mg/dL; ureia 17 a 48 mg/dL. Exame de urina hemácias <5/campo, leucócitos <5/campo, proteína ausente

Qual a hipótese diagnóstica?

- A. Necrose tubular aguda.
- B. Ateroembolismo.
- C. Nefrite intersticial aguda.
- D. Microangiopatia trombótica.

18- Homem, 76 anos, institucionalizado, é levado ao Pronto Socorro por quadro de diarreia iniciada há quatro dias e delirium hipoativo.

Faz uso de polifarmácia, mas os acompanhantes não sabem referir quais são as medicações.

Ao exame: escala de coma de Glasgow= 11; PA= 92/54 mmHg; FC= 112 bpm; peso estimado 60 kg. Exames laboratoriais: creatinina= 1,4 mg/dl. ureia 188 mg/dL: sódio 173 mEq/L; potássio= 3,6 mEq/L

Valores de referência: creatinina < 1,2 mg/dL, ureia 17 a 48 mg/dL; sódio 132 a 146 mEq/L; potássio 3.7 a 5,4 mEq/L.

Para a escolha da fluidoterapia, quais as estratégias mais adequadas para expansão rápida e manutenção em 24 horas?

- A. NaCl 0,9% intravenoso, seguido de 3,0L de glicose a 5% intravenoso.
- B. Ringer lactato intravenoso, seguido de 3,0L de NaCl 0,45% intravenoso.
- C. NaCl 0,45% intravenoso, seguido de 2,0L de água livre por sonda nasointestinal.
- D. Solução bicarbonatada 0,84% intravenoso, seguida de 4,0L NaCl 0,9% intravenoso,

19- Mulher, 34 anos, com diagnóstico de nefrocalcinose, chega à Unidade de Emergência com dor lombar, febre e dispneia.

Exames laboratoriais: sódio 135 mEq/L; potássio 1,8 mEq/L; cloro= 115 mEq/L; creatinina= 0,9 mg/dL. Gasometria venosa: pH= 7,08; pCO₂ 40 mmHg, bicarbonato= 11 mmol/L

Valores de referência: creatinina < 0,8 mg/dL; sódio 132 a 146 mEq/L; potássio 3.7 a 5,4 mEq/L; cloro=98 a 106 mEq/L; gasometria venosa: pH 7.33 a 7,43; HCO₃ 18-23 mmol/L, pCO₂-38-50 mmHg

Em relação às alterações esperadas, assinale a alternativa correta:

- A. O ânion gap sérico é normal, com gap urinário positivo por perda de bicarbonato na urina.
- B. Observa-se alcalose metabólica de contração, com gap urinário positivo por aumento de reabsorção de bicarbonato na urina.
- C. O anion gap sérico está elevado, devendo-se investigar cetoacidose diabética ou acidose láctica associada.
- D. Observa-se acidose metabólica com anion gap sérico elevado, provavelmente por retenção de ácidos orgânicos pela injúria renal aguda.

20- Mulher, 45 anos, queixa-se de dor em região de enxerto renal há duas horas. Há quatro dias recebeu transplante renal de doador falecido em injúria renal aguda (creatinina 3,0 mg/dL). Evoluiu com oligúria, hematúria macroscópica e necessidade de hemodiálise no pós operatório.

Exame físico: dor à palpação de enxerto renal, discreto abaulamento local, sem outros comemorativos. PA= 160/80 mmHg, FC= 106 bpm.

Ultrassonografia com Doppler do enxerto renal: fluxo arterial presente (Velocidade 240 mL/min), Índice de resistência de arteríolas arqueadas: 1,0 (valor normal 0,6-0,7), com presença de diástole reversa,

Valores de referência creatinina < 0,8mg/dL

Qual a hipótese diagnóstica?

- A. Trombose de artéria-renal.
- B. Trombose de veia renal.
- C. Fistula arteriovenosa intrarrenal.
- D. Estenose de artéria renal do enxerto.

21- Homem, 65 anos, diabético há 14 anos encaminhado para consulta nefrológica por alteração de exames laboratoriais. Em uso regular de enalapril 20 mg/día, espironolactona 100 mg/dia, metformina 1g/dia e atenolol 100 mg/día.

Exame físico: peso: 108 kgs; altura= 1,74m; PA= 166/102 mmHg, palidez cutâneo mucosa, edema pré tibial +/4+.

Exames laboratoriais: creatinina= 1,8 mg/dl (filtração glomerular estimada 40,6 ml/min/1.73 m²); ureia=77 mg/dL; potássio 5,6 mEq/L; glicemia jejum 135 mg/dL; hemoglobina glicada 8,5%; hemoglobina 11 g/dL; colesterol total= 250 mg/dl, triglicerídeos= 255 mg/dL. Exame de urina: densidade 1020, hemácias 4/campo, proteína 3+/4+, proteinúria 24h: 1.8 g.

Valores de referência: Creatinina < 1,2 mg/dL; sódio 132 a 146 mEq/L; potássio= 3,7 a 5,4 mEq/L Ureia= 17 a 48 mg/dl, glicemia-60 a 99 mg/dL; hemoglobina 14 a 18 g/dL; hemoglobina glicada= 4,0 a 5,7%; colesterol <190 mg/dL; triglicerídeos<150 mg/dl. Exame de urina hemácias < 5/campo, leucócitos <5/campo, proteína ausente na proteinúria 24h.

Qual o manejo farmacológico adequado?

- A. Suspende espironolactona; iniciar diurético tiazídico e bloqueador de canal de cálcio; reduzir dose de metformina e iniciar inibidor de SGLT2
- B. Suspende espironolactona e enalapril; iniciar bloqueador de canal de cálcio, manter a dose de metformina e iniciar inibidor de SGLT2 ou agonistas de incretina.
- C. Suspende espironolactona e atenolol; iniciar bloqueador de canal de cálcio e diurético tiazidico; manter dose de metformina e iniciar inibidor de SGLT2.
- D. Suspende espironolactona; trocar atenolol por carvedilol e associar diurético tiazidico; manter a dose de metformina, iniciar insulina ultralenta ou inibidor do SGLT2.

22- Em relação à cistatina C sérica, assinale a alternativa correta.

- A. De forma semelhante à inulina, pode ser utilizada na avaliação da medida direta da taxa de filtração glomerular.
- B. Sua vantagem em relação a dosagem da creatinina é não sofrer influência de sexo, idade, índice de massa corporal e massa magra.
- C. Nos pacientes com cirrose hepática apresenta melhor sensibilidade na detecção da queda da taxa de filtração glomerular.
- D. O hipertireoidismo, tratamento com tiroxina e a corticoterapia diminuem sua concentração sérica.

23- Mulher, 61 anos, queixa-se de dor em flanco direito com irradiação para abdome, diarreia e febre há dois dias. Tem história de insuficiência cardíaca congestiva com fração de ejeção reduzida em uso de digoxina, losartana, furosemida e empaglifozina.

Admitida no Pronto Atendimento com escala de coma de Glasgow de 13, PA= 84/52 mmHg: FC= 124 bpm; FR= 24 irpm: peso estimado 50 kg. ausculta respiratória com crepitações em ambas as bases e até 1/3 médio dos pulmões. Nas primeiras seis horas, apresentou diurese de 90 ml.

Exames laboratoriais: creatinina: 1,8 mg/dL; ureia 112 mg/dL; sódio 134 mEq/L; potássio 5,7 mEq/L. Exame de urina: densidade urinária= 1.018; pH: 5,5; proteínas ausentes; leucocitos 50/campo; hemácias: 18/campo. FeNa 2,1% e FeUR 28%,

Valores de referência: sódio 132 a 146 mEq/L; gasometria arterial: pH 7,35 a 7,45; paCO₂= 35 a 45 mmHg HCO₃ 20 a 30 mmol/L; lactato 5,7 22 mg/dL; procalcitonina<0,5 ng/ml; cloro- 98 a 106 mmol/L; cálcio total= 8,8 a 10,2 mg/dL; calcio iônico= 1,11 a 1,4 mmol/

Qual o mecanismo mais provável para a injúria renal aguda?

- A. Hipovolemia causando injúria renal aguda pré renal.
- B. Choque cardiogênico causando necrose tubular aguda isquêmica.
- C. Sepsis causando necrose tubular aguda tóxica.
- D. Pielonefrite aguda causando nefrite intersticial.

24- Pesquisas relacionadas à ativação da via da lectina ligadora de manose do complemento, IGG4 e receptor de fosfolipase A2 sugerem o diagnóstico de:

- A. glomeruloesclerose segmentar e focal.
- B. nefrite túbulo-intersticial aguda relacionada ao IgG4.
- C. glomerulopatia membranosa
- D. nefropatia da IgA

25- Em relação à fisiopatologia do hiperparatireoidismo secundário na doença renal crônica, assinale a alternativa correta.

- A. O aumento da concentração do FGF23 é uma das principais causas da queda dos níveis séricos de calcitriol.
- B. A retenção de fósforo aumenta a concentração de cálcio livre na circulação e contribui para o declínio da síntese de calcitriol.
- C. O aumento da expressão da proteína klotho na glândula paratireoide contribui na elevação dos níveis séricos do PTH,
- D. O número de receptores sensíveis ao cálcio encontra-se aumentado nas regiões hipertrofiadas da paratireoide.

26- Mulher, 34 anos, com antecedente de doença renal crônica por nefropatia por IgA, recebeu transplante renal de doador vivo HLA parcialmente idêntico há dois anos. Tem diagnóstico de hipoparatiroidismo definitivo secundário a paratiroidectomia total com auto-implante em região de deltoide há quatro anos. Faz uso regular de ciclosporina, azatioprina e prednisona, ácido fólico, calcitriol, carbonato de cálcio e anticoncepção com desogestrel. Não apresentou episódios de rejeição durante o seguimento pós-transplante, mantendo função renal estável e sem proteinúria:

Em consulta de rotina, manifesta desejo de engravidar.

Considerando o caso clínico, assinale a alternativa correta.

- A. O transplante renal de doador vivo e a boa compatibilidade HLA entre doador e receptor são considerados fatores protetores para a recorrência de nefropatia por IgA após o transplante.
- B. O uso de ciclosporina durante a gestação está associado ao alto risco de malformações faciais e malformações cardíacas, de maneira que essa medicação está contraindicada durante a gestação.
- C. A azatioprina é considerada segura durante a gestação, embora o seu uso possa causar alterações sanguíneas no recém nascido, tais como leucopenia e trombocitopenia.
- D. Os hormônios prolactina, estrogênio e fator de crescimento placentário reduzem o nível de calcitriol sanguíneo, de modo que a dose administrada durante a lactação deve ser aumentada para evitar hipocalcemia.

27- Homem, 56 anos, está em acompanhamento clínico por doença renal crônica. Tem diabetes mellitus e hipertensão há mais de 20 anos. Em uso regular de enalapril 40 mg/dia, clortalidona 25 mg/dia, linagliptina 5 mg/dia e insulina NPH na dose total de 28 UI ao dia.

Traz MRPA (medida residencial de pressão arterial) realizada na semana anterior à consulta com média de 138/88 mmHg.

Exames laboratoriais: creatinina 3,8 mg/dL (CKDEpi = 19 ml/min/1.73 m²); potássio= 4,8 mEq/L; glicemia de jejum= 122 mg/dL; HbA1c= 7,5%; albumina/creatinina urinária= 840 mg/g

Valores de referência: creatinina < 1,2 mg/dL; potássio= 3,7 a 5,4 mEq/L; glicemia- 60 a 99 mg/dL; hemoglobina glicada (HbA1c)= 4,0 a 5,79%; relação albumina/creatinina urinária <0,2 g/g.

Qual a alternativa mais adequada para a otimização do tratamento conservador neste caso?

- A. Associar dapaglifozina 10 mg ao dia.
- B. Trocar clortalidona por furosemida 40 mg ao dia.
- C. Associar anlodipino 5 mg ao dia.
- D. Aumentar a linagliptina para 10 mg ao dia.

28- Mulher, 67 anos, com diagnóstico de diabetes mellitus e doença renal crônica, em tratamento conservador (creatinina 1,8 mg/dL; taxa de filtração glomerular-CKD-Epi 28,6 ml/min/1,73 m²), foi admitida por quadro de sepse de foco urinário com creatinina de 2,1 mg/dL e apresentou, um dia após a internação, creatinina de 2,4 mg/dL

Valores de referência: creatinina < 0,9mg/dL;

Assinale a alternativa correta.

- A. A paciente não possui diagnóstico de injúria renal aguda pois a creatinina não elevou mais que 50% do basal.
- B. A paciente possui diagnóstico de injúria renal aguda, pois tem taxa de filtração glomerular estimada (CKD-EPI) menor que 30 ml/min/1.73m².
- C. A paciente possui diagnóstico e injúria renal aguda pois apresentou elevação de 0,3 mg/dL em menos de 48 horas.
- D. A paciente não possui dados suficientes para concluir sobre o diagnóstico de injúria renal aguda.

29- Mulher, 35 anos, com diagnóstico de doença renal crônica estágio 5 secundária à glomerulonefrite crônica, realiza hemodiálise há quatro anos, com 3 sessões semanais de 4 horas de duração.

Apresenta diurese residual de cerca de 500 ml/dia.

Relata diagnóstico recente de gestação.

Faz uso regular de nifedipina, calcitriol, sevelamer, eritropoetina e hidróxido de ferro.

Considerando o caso clínico, assinale a alternativa correta.

- A. O aumento da frequência das sessões de hemodiálise deve ser evitado durante a gestação, pelo risco do aumento dos episódios de hipotensão.
- B. O sevelamer pode reduzir a absorção de vitaminas lipossolúveis e ácido fólico, sendo preferível o uso de carbonato de cálcio como quelante de fosfato.
- C. A ingestão proteica recomendada é de 0,8 g/kg ao dia, menor do que a recomendada para mulheres não gestantes em hemodiálise.
- D. O uso de acetilsalicílico não confere benefício para os desfechos maternos e fetais, indicado apenas para gestantes com doença arterial coronariana.

30- Mulher, 32 anos, refere edema generalizado há dois meses, com aumento de 14 kg. Tem diagnóstico de lupus eritematoso sistêmico há nove anos.

Exames laboratoriais: albumina= 1,8 g/dL, filtração glomerular estimada= 98 ml/min/1.73m²; proteinúria de 24hs: 8,2g, albuminúria= 7,0 g/24hs: C3-115 mg/dL; C4- 28 mg/dL; anti-DNA não reagente. Biopsia renal: microscopia óptica sem alterações e imunofluorescência negativa.

Valores de referência: albumina= 3,5 a 5,2 g/dL; proteinúria 24h <0,15 g albuminúria <20 mg/24h; C3-90 a 180 mg/dL; C4-16 a 38 mg/dL.

Para o diagnóstico de podocitopatia lúpica, quais evidências seriam encontradas na microscopia eletrônica?

- A. Destaque podocitário e depósitos subepiteliais.
- B. Fusão focal de pedicelos e depósitos mesangiais.
- C. Fusão difusa de pedicelos e ausência de depósitos
- D. Integridade podocitária e ausência de depósitos

31- Homem, 38 anos, com histórico de uso abusivo de álcool há vários anos, morador de rua, admitido com estabilidade hemodinâmica, PA= 108/76mmHg; FC= 110bpm; FR= 27 irpm. T= 36,2°C; oximetria de pulso satO₂ 99% via máscara de Venturi 40%; escala de coma de Glasgow= 10 (localiza dor, abertura ocular ao toque, palavras inapropriadas); pupilas isocóricas e fotorreagentes, ausculta pulmonar e cardíacas sem alterações.

Exames laboratoriais: gasometria arterial: pH 7,18; HCO₃- 9 mmol/L; paCO₂- 24 mmHg lactato= 2,3 mmol/L; osmolaridade- 350 mOsm/L: creatinina=1,20 mg/dL; ureia= 40 mg/dL; sódio=135 mEq/L; potássio= 6,0 mEq/L; glicemia: 60 mg/dl, albumina= 2.5 g/dL; CPK=884 UI/L

Valores de referência: gasometria arterial: pH 7,35 a 7,45; paCO₂ 35 a 45 mmHg:

HCO₃: 20 a 30 mmol/L; lactato= 5,7-22 mg/dL; creatinina <1,2 mg/dL; ureia= 17 a 48 mg/dl; sódio 132 a 146 mEq/L; potássio 3,7 a 5.4 mEq/L; glicemia-60 a 99 mg/dL; albumina= 3,5 a 5,2g/dL. creatinafosfoquinase (CPK) <190UI/L

Qual a hipótese diagnóstica e a conduta adequada?

- A. Rabdomiólise, hidratação IV.
- B. Intoxicação por etanol, reposição de bicarbonato.
- C. Sepsis, ressuscitação volêmica.
- D. Intoxicação por metanol, infusão de etanol e hemodiálise.

32- Os aminoglicosídeos são antibióticos bactericidas de uso parenteral, muito eficazes em infecções graves causadas por bactérias gram-negativas. Os mecanismos pelos quais os aminoglicosídeos provocam injúria renal aguda (IRA) ainda não são bem definidos.

Assinale a alternativa correta.

- A. O pico de lesão ocorre nas primeiras 48 horas do início do tratamento, podendo se prolongar até 72 horas, mesmo após a retirada da medicação.
- B. Há proteção renal com doses fracionadas da droga, ao invés da mesma quantidade administrada em dose única.
- C. O uso concomitante de diurético de alça protege o túbulo da nefrotoxicidade destas drogas.
- D. A hipocalcemia e a hipomagnesemia são fatores de risco para sua nefrotoxicidade.

33- Homem, 38 anos, refere cefaleia intermitente há três meses. Fez medidas aleatórias de pressão arterial com aparelho automático de punho, com algumas das medidas >140/90 mmHg. Sem outras queixas ou comorbidades.

Ao exame físico: PA- 118/78 mmHg IMC=26,7 kg/m²; sem outras alterações

Foi solicitada medida ambulatorial de pressão arterial (MAPA) e o paciente foi orientado a realizar medida residencial da pressão arterial (MRPA) com aparelho semi automático. Retorna com MAPA demonstrando médias de PA durante o período de vigília de 138/86 mmHg e a média da MRPA de 136/88 mmHg.

De acordo com as últimas diretrizes brasileiras de MAPA e MRPA, qual o diagnóstico?

- A. Pré hipertensão.
- B. Pressão arterial normal.
- C. Hipertensão mascarada.
- D. Hipertensão verdadeira.

34- Mulher, 62 anos, foi internada com dor lombar à direita, disúria e febre de início há três dias. Tem antecedentes de diabetes mellitus e doença renal crônica estágio 2.

Exames laboratoriais: creatinina= 1,4 mg/dL; PCR= 42 mg/L; leucócitos 12.400/mm³ (88% neutrófilos). Iniciou tratamento com ceftriaxona, mas no terceiro dia apresentou piora da dor lombar, episódios de cólica intensa e hematúria macroscópica, com eliminação de coágulos. Novos exames demonstraram creatinina 2,8 mg/dL e PCR 84 mg/L

Valores de referência: creatinina <0,9 mg/dL; leucocitos 4.000 a 10.000/mm³; proteína C reativa (PCR) <3 mg/L
Qual a principal hipótese diagnóstica?

- A. Necrose de papila.
- B. Abscesso perirrenal.
- C. Litiase ureteral
- D. Glomerulonefrite pós infecciosa

35- Em relação à adequação do tratamento hemodialítico em pacientes que estão em programa de terapia renal substitutiva crônica, assinale a alternativa correta.

- A. Não há estudos randomizados que deem suporte para $Kt/V >$ ou igual a 1.2 como alvo terapêutico, entretanto estudos retrospectivos apontam uma maior mortalidade naqueles que apresentam $Kt/V \leq 1.2$.
- B. O índice de remoção de soluto (IRS) pode ser mensurado calculando a quantidade total de ureia removida durante o procedimento dialítico, sendo uma excelente alternativa ao cálculo do Kt/V .
- C. O Kt/V tende a subestimar a dose de diálise oferecida em pacientes com índice de massa corporal reduzido, indivíduos desnutridos, do sexo feminino ou da etnia negra.
- D. O Kt/V equilibrado (double-pool) é mais alto que o não equilibrado (single-pool) em virtude da concentração de ureia ser coletada, ao final da sessão, ser menor do que a coletada no Kt/V não equilibrado.

36- Homem, 56 anos, em terapia renal substitutiva por hemodiálise há um ano. Assintomático, faz uso regular de eritropoetina 4.000 UI, SC, três vezes/semana e sulfato ferroso VO (80 mg ferro elementar/dia).

Exames mensais: hemoglobina 9,2 g/dL; hematócrito= 30,8%; ferritina= 120 ng/dL; saturação transferrina 18%; albumina= 4,2 g/dL. Pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva.

Valores de referência: hemoglobina 12-16 g/dL; hematócrito 36-46%. Ferritina 30-300 ng/dL Saturação de transferrina: 20-55%; albumina 3,5 a 5.2 g/dL; pesquisa de sangue oculto= negativa.

Qual a conduta correta?

- A. Administrar ferro IV e monitorar resposta de hemoglobina.
- B. Aumentar a dose de ferro por via oral e monitorar hematócrito.
- C. Aumentar a dose de eritropoetina para 8.000 UI, SC, 3x/semana.
- D. Administrar eritropoietina 4.000UI, IV, 3x/semana.

37- A leishmaniose visceral (calazar) é uma doença endêmica no Brasil que vem apresentando, nos últimos anos, tendência à urbanização, com ocorrência de inúmeros casos nas grandes cidades do país.

Sobre as alterações renais no Calazar, assinale a alternativa correta.

- A. A nefrite intersticial é mais importante e mais frequente que as alterações glomerulares.
- B. O aumento de produção de gamaglobulinas (hipergamaglobulinemia) tem papel patogênico no desenvolvimento da glomerulopatia do Calazar.
- C. A perda de função renal ocorre mais frequentemente como consequência da glomerulonefrite secundária à deposição de imunocomplexos.
- D. O déficit de acidificação urinária é a disfunção tubular comumente encontrada no calazar e é secundária ao uso de antimoniais pentavalentes.

38- Homem, 48 anos, doença renal crônica estágio 4 por nefropatia por IgA, em tratamento conservador. Tem diagnósticos de hipertensão arterial sistêmica e hipotireoidismo. Em uso regular de propranolol, nifedipina, furosemida, levotiroxina, calcitriol e sevelamer.

Exames laboratoriais: ureia= 120 mg/dl; creatinina= 3,1 mg/dl, sódio 136 mEq/L: potássio= 5,8 mEq/L. Gasometria venosa: pH= 7,2; HCO₃= 16,4 mmol/L; cloro=105 mmol/L.

Valores de referência: creatinina < 1,2 mg/dL; ureia 17 a 48 mg/dl sódio 132 a 146 mEq/L potássio= 3,7 a 5,4 mEq/L Gasometria venosa: pH 7.33 a 7,43; HCO₃- 18-23 mmol/L; cloro: 98 a 106 mmol/L

Considerando o caso clínico apresentado, assinale a alternativa correta.

- A. O paciente apresenta acidose metabólica com anion gap normal pela redução crônica do bicarbonato sanguíneo e retenção de cloro.
- B. A acidose metabólica crônica está relacionada ao aumento do catabolismo proteico e piora do hiperparatireoidismo secundário.
- C. A redução crônica do pH extracelular não tem relação com a progressão da doença renal crônica ou o metabolismo ósseo.
- D. A acidose metabólica aumenta a ligação do cálcio iônico à albumina com consequente redução da concentração do cálcio iônico.

39- De acordo com a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial de 2020, em relação ao manejo farmacológico da hipertensão arterial em uma paciente com pré-eclâmpsia que apresenta uma elevação aguda (PAS ≥160 mmHg e/ou PAD ≥110 mmHg) de seus níveis tensionais, assinale a alternativa correta.

- A. O uso de nifedipina oral não é recomendado em virtude da possibilidade de queda abrupta da pressão arterial e isquemia útero placentária.
- B. A metildopa ou a hidralazina oral são as drogas de escolha para redução da pressão arterial nesta situação.
- C. O sulfato de magnésio deve ser utilizado para a redução da pressão arterial e prevenção do desenvolvimento de eclâmpsia nesta situação.
- D. A hidralazina intravenosa é uma das drogas de primeira linha para redução da pressão arterial nesta situação.

40- As doenças de Alport e de membrana fina são consideradas colagenopatias familiares cujos genes acometidos envolvem mutações nas cadeias alfa-3, alfa-4 ou alfa-5 do colágeno IV.

Recentemente têm sido descritas mutações nesses genes, sem apresentação clínica ou histológica compatível com Alport ou membrana fina, também em pacientes com diagnóstico de:

- A. doença renal policística.
- B. glomerulosclerose segmentar e focal familiar.
- C. doença de Fabry.
- D. glomerulopatia de depósito denso.

41- Dentre os casos a seguir, assinale o que possui indicação de coleta de cultura de urina de controle após o tratamento.

- A. Homem, 44 anos, com nefrolitíase bilateral e episódio de pielonefrite.
- B. Homem, 42 anos, com bexiga neurogênica e cateterismo vesical intermitente.
- C. Mulher, 72 anos, diabética com incontinência urinária e término recente de antibioticoterapia.
- D. Mulher, 22 anos, apresentou episódio de cistite no terceiro mês da gestação.

42- Em relação às recomendações da sociedade internacional de diálise peritoneal de 2022 quanto ao diagnóstico e tratamento da peritonite, assinale a alternativa correta.

- A. O tempo de tratamento com antibiótico intraperitoneal é de 7 a 10 dias nas peritonites causadas por *Estafilococos* coagulase negativa.
- B. O diagnóstico clínico é baseado principalmente na presença de febre seguida ou não de dor abdominal e presença de líquido peritoneal turvo.
- C. A contagem de leucócitos >100 células/mm³, após seis horas de permanência do efluente na cavidade abdominal, é sugestiva de peritonite.
- D. A terapia empírica inicial deve cobrir germes Gram positivos e Gram negativos por via sistêmica ou peritoneal.

43- A eficácia da função de barreira de filtração, discriminando as moléculas de acordo com o seu tamanho e/ou carga elétrica, garantem a passagem de proteínas para o túbulo em condição normal.

Em relação à reabsorção tubular de proteínas, assinale a alternativa correta.

- A. O túbulo proximal não é capaz de reabsorver a maior parte das proteínas normalmente filtradas.
- B. O sistema de reabsorção tubular é muito seletivo em relação às proteínas normalmente filtradas.
- C. O diagnóstico de proteinúria tubular é feito pela dosagem na urina de proteínas de alto peso molecular, como a proteína carreadora de retinol
- D. As proteínas reabsorvidas no túbulo proximal por endocitose, sofrem hidrólise e retornam como aminoácidos à circulação.

44- De acordo com as diretrizes brasileiras de hipertensão arterial publicadas no ano de 2020, assinale a alternativa correta.

- A. São considerados hipertensos resistentes os indivíduos aderentes ao tratamento, em uso de quatro ou mais classes de fármacos anti-hipertensivos em doses otimizadas.
- B. Os hipertensos refratários são os aderentes não controlados com cinco ou mais classes de fármacos anti-hipertensivos em doses otimizadas.
- C. A hipertensão resistente depende da hiperatividade simpática enquanto na hipertensão refratária predomina a sobrecarga de volume.
- D. Na hipertensão resistente, o tratamento farmacológico inicial deve incluir diurético, bloqueador do sistema renina-angiotensina e antagonista da aldosterona.

45- Mulher, 54 anos, acompanhada no ambulatório de psiquiatria por distúrbio bipolar, foi encaminhada para nefrologia por apresentar poliúria (8 L/dia) há um mês.

Qual a hipótese diagnóstica e conduta adequada?

- A. Diabetes insipidus central, aumentar ingestão hídrica.
- B. Diabetes insipidus nefrogênico, administrar amilorida.
- C. Diabetes insipidus central, administrar DDAVP.
- D. Diabetes insipidus nefrogênico, aumentar ingestão hídrica.

46- As podocitopatias constituem um grupo de nefropatias que se caracteriza por apresentação laboratorial de proteinúria glomerular, com ou sem síndrome nefrótica.

Apresentam na biópsia renal:

- A. depósitos subepiteliais e/ou mesangiais.
- B. depósitos intramembranosos.
- C. fusão e/ou destaque de célula epitelial glomerular.
- D. proliferação de célula epitelial parietal glomerular.

47- Homem, 20 anos, refere constipação, sede excessiva, noctúria e fraqueza muscular de longa data, evoluindo para câimbras frequentes nos últimos meses.

Exame físico: PA= 102/64 mmHg peso- 54 kg, altura 1,50 m; atraso puberal. Exames laboratoriais; creatinina 0,90 mg/dL; sódio= 138 mEq/L; potássio 2,0 mEq/L; cloro- 92 mEq/L; gasometria venosa: pH= 7,49 e HCO₃: 32 mEq/L. Exame de urina: densidade urinária 1.008; proteinúria negativa; sedimento sem alterações.

Urina de 24 horas: sódio 210 mEq, potássio=82 mEq, cálcio 169 mg.

Valores de referência: creatinina < 1,2 mg/dL; sódio 132 a 146 mEq/L; potássio 3,7 a 5,4 mEq/L. Gasometria venosa: pH 7,33 a 7,43; HCO₃-18 23 mmol/L; cloro=98 a 105 mmol/L. Exame de urina hemácias < 5/campo, leucócitos < 5/campo, proteína ausente. Urina de 24 horas: sódio 100 a 260 mg; potássio 25 a 100 mEq; cálcio 100 a 300 mg.

Qual o diagnóstico mais provável?

- A. Síndrome de Bartter.
- B. Síndrome de Liddle.
- C. Síndrome de Gitelman.
- D. Síndrome de Fanconi.

48- Mulher, 28 anos, primigesta de 27 semanas, procurou atendimento médico por inchaço nas pernas há dois dias.

Antecedente: lúpus eritematoso sistêmico diagnosticado aos 23 anos de idade, em uso de hidroxiquina e sem sinais de atividade da doença há dois anos. Nega eventos trombóticos prévios. Em uso de carbonato de cálcio, ácido acetilsalicílico e sulfato ferroso, prescritos durante acompanhamento pré natal.

Exame físico: PA 112/74mmHg, edema 3+/4+ bilateral e simétrico, panturrilhas sem sinais de empastamento. Restante do exame sem anormalidades, Exames laboratoriais: fator antinuclear (FAN) 1/1280 padrão pontilhado fino; exame de urina: proteína 2+/4+, hemácias 80/campo, leucócitos 20/campo, urocultura negativa.

Valores de referência: exame de urina: proteína ausente, hemácias <5/campo, leucócitos 5/campo; urocultura: negativo; fator antinuclear negativo

Considerando o caso clínico, assinale a alternativa correta.

- A. O diagnóstico é de pré-eclampsia, sendo a hematuria frequentemente observada nessa condição.
- B. O quadro clínico e laboratorial é compatível com o diagnóstico de nefrite lúpica, e a primigestação é fator de risco para a atividade da doença.
- C. A hidroxicloroquina atravessa a barreira placentária e não é segura para uso na gestação, devendo ser retirada.
- D. O ácido acetilsalicílico está contraindicado neste caso pela ausência de síndrome de anticorpo antifosfolípide.

49- Mulher, 58 anos, hipertensa há 12 anos, apresenta níveis de pressão arterial mensurados em sua residência acima de 140/90 mmHg. Sem outras queixas:

Está em uso regular e sem evidência de má aderência de losartana 100 mg/dia, anlodipino 10 mg/dia, clortalidona 25 mg/dia e espironolactona 50 mg/dia.

Exame físico: PA 158/102 mmHg FC-82 bpm; IMC-29,4 kg/m².

Exames laboratoriais: creatinina 0,72 mg/dl; potássio=4,9 mEq/L; exame de urina normal. Ultrassonografia Doppler sem alterações nas artérias renais.

Valores de referência: creatinina <0,9 mg/d, potássio 3,7 a 5,4 mEq/L. Exame de urina: proteína ausente, hemácias <5/campo, leucócitos < 5/campo.

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial mais atuais, qual a estratégia medicamentosa mais adequada para o controle da pressão arterial dessa

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial mais atuais, qual a estratégia medicamentosa mais adequada para o controle da pressão arterial dessa paciente?

- A. Aumentar espironolactona para 100 mg/dia.
- B. Associar hidralazina 50 mg 3x ao dia.
- C. Associar clonidina 0,100 mg 2x ao dia.
- D. Aumentar clortalidona para 50 mg/dia.

50- Mulher, 44 anos, refere litíase renal de repetição desde a adolescência, sem outras comorbidades. Na última crise de cólica renal, eliminou espontaneamente um cálculo de 0,9 cm, que foi encaminhado para análise.

Na análise morfoconstitucional, o cálculo tinha coloração marrom suave e superfície irregular, que após a clivagem demonstrou predominância de camadas concêntricas de carbapatita (fosfato de cálcio). No espectro infravermelho a carbapatita totalizou 90% do conteúdo amostral

Qual o fator de risco mais relevante para a formação desse tipo de cálculo?

- A. pH urinário > 7,0.
- B. Fosfatúria > 800 mg/24 horas.
- C. Citratúria < 320 mg/24 horas.
- D. Infecção urinária de repetição.