

0/0

RM 2024
1ª Fase – Prova Objetiva

F27 F27

1
1/100

RESIDÊNCIA MÉDICA
Áreas de Atuações
Transplante de Rim
(Urologia)



PROCESSO SELETIVO – EDITAL COREME/FM/AA Nº 06/2023

Instruções

1. **Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.**
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se a folha de respostas pertence ao **grupo F27**. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta e de aparelhos de telecomunicação.
4. Duração da prova: **1 hora e 30 minutos**. Cabe ao candidato controlar o tempo com base nas informações fornecidas pelo fiscal. O(A) candidato(a) poderá retirar-se da sala definitivamente após decorrida **1 hora** de prova. Não haverá tempo adicional para preenchimento da folha de respostas.
5. Lembre-se de que a FUVEST se reserva ao direito de efetuar procedimentos adicionais de identificação e controle do processo, visando a garantir a plena integridade do exame. Assim, durante a realização da prova, será coletada por um fiscal uma **foto** do(a) candidato(a) para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da USP e da FUVEST. A imagem não será divulgada nem utilizada para quaisquer outras finalidades, nos termos da lei.
6. Após a autorização do fiscal da sala, verifique se o caderno está completo. Ele deve conter **30** questões objetivas, com 4 alternativas cada. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
7. Preencha a folha de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. Essa folha **não será substituída** em caso de rasura.
8. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

Declaração

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

ASSINATURA

O(a) candidato(a) que não assinar esta capa será considerado(a) ausente da prova.



TABELA DE ABREVIÇÕES E VALORES LABORATORIAIS DE REFERÊNCIA

| LISTA DE ABREVIÇÕES | ALGUNS VALORES DE REFERÊNCIA (ADULTOS) |
|--|--|
| <p>AA – Ar ambiente AU – Altura Uterina AAS – Ácido Acetilsalicílico BCF – Batimentos Cardíacos Fetais BEG – Bom Estado Geral bpm – Batimentos por Minuto BRNF – Bulhas Rítmicas Normofonéticas s/ Sopros Cr – Creatinina DU – Dinâmica Uterina DUM – Data da Última Menstruação FC – Frequência Cardíaca FR – Frequência Respiratória Hb – Hemoglobina HCM – Hemoglobina Corpuscular Média Ht – Hematócrito IC_{95%} – Intervalo de Confiança de 95% IMC – Índice de Massa Corpórea ipm – Incursões por Minuto IRT – Tripsina Imunoreativa Neonatal mmHg – Milímetros de Mercúrio MMII – Membros Inferiores MV – Murmúrios Vesiculares P – Pulso PA – Pressão Arterial pCO₂ – Pressão Parcial de CO₂ PEEP – Pressão Expiratória Final Positiva PO – Pós-Operatório pO₂ – Pressão Parcial de O₂ POCUS – Ultrassom <i>point-of-care</i> PS – Pronto-Socorro PSA – Antígeno Prostático Específico REG – Regular Estado Geral RHZE – R (rifampicina), H (isoniazida), Z (pirazinamida) e E (etambutol) RN – Recém-nascido Sat – Saturação SpO₂ – Saturação de Oxigênio TEC – Tempo de Enchimento Capilar Temp. – Temperatura axilar TPO – Tireoperoxidase TRAB – Anticorpo anti-receptor de TSH TSH – Hormônio tireo-estimulante TTGO – Teste de Tolerância a Glicose Oral U – Ureia UBS – Unidade Básica de Saúde USG – Ultrassonografia UTI – Unidade de Terapia Intensiva VCM – Volume Corpuscular Médio VHS – Velocidade de Hemossedimentação</p> | <p>Sangue (bioquímica e hormônios): Albumina = 3,5 – 5,5 g/dL Bilirrubina Total = 0,3 – 1,0 mg/dL Bilirrubina Direta = 0,1 – 0,3 mg/dL Bilirrubina Indireta = 0,2 – 0,7 mg/dL Cálcio iônico = 4,6 a 5,5 mg/dL ou 1,15 a 1,38 mmol/L Cloretos = 98 – 106 mEq/L Creatinina = 0,7 – 1,3 mg/dL Relação abuminúria/creatinina urinária = até 30 mg/g de creatinina Desidrogenase Láctica < 240 U/L Ferritina: homens: 22 – 322 ng/mL mulheres: 10 – 291 ng/mL Ferro sérico: homens: 70 – 180 µg/dL mulheres: 60 – 180 µg/dL Fósforo: 2,5 a 4,8 mg/dL ou 0,81 a 1,55 mmol/L Globulinas = 2,0 – 3,5 g/dL LDL (maior ou igual a 20 anos) = desejável de 100 a 129 mg/dL HDL (maior de 20 anos) = desejável maior que 40 mg/dL Triglicérides (maior de 20 anos) = desejável menor que 150 mg/dL Glicemia em jejum = 70 – 99 mg/dL Lactato = 5 – 15 mg/dL Magnésio = 1,8 – 3 mg/dL Potássio = 3,5 – 5,0 mEq/L Proteína Total = 5,5 – 8,0 g/dL PSA < 4 ng/mL Sódio = 135 – 145 mEq/L TSH = 0,4 – 4,0 mUI/mL Amilase = 28 – 100 U/L Lipase = inferior a 60 U/L Ureia = 10 – 50 mg/dL</p> <p>Sangue (hemograma e coagulograma): Hemoglobina = 11,7 a 14,9 g/dL Hemoglobina Glicada = 4,5 a 5,6% Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM) = 31 a 36 g/dL Hemoglobina corpuscular média (HCM) = 27 a 32 pg Volume corpuscular médio (VCM) = 80 a 100 fL RDW: 10 a 16% Leucócitos = 5.000 a 10.000/mm³ Linfócitos = 0,9 a 3,4 mil/mm³ Monócitos = 0,2 a 0,9 mil/mm³ Neutrófilos = 1,6 a 7,0 mil/mm³ Eosinófilos = 0,05 a 0,5 mil/mm³ Plaquetas = 150.000 a 450.000/mm³ Reticulócitos = 0,5 a 2,0% Tempo de Protrombina (TP) = INR entre 1,0 e 1,4; Atividade 70 a 100% Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) R – até 1,2 Tempo de Trombina (TT) = 14 a 19 segundos</p> |
| <p align="center">VALORES DE REFERÊNCIA DE HEMOGLOBINA (Hb) EM g/dL PARA CRIANÇAS</p> <p>Recém-Nascido = 15 – 19 2 a 6 meses = 9,5 – 13,5 6 meses a 2 anos = 11 – 14 2 a 6 anos = 12 – 14 6 a 12 anos = 12 – 15</p> | <p>Gasometria Arterial: pH = 7,35 a 7,45 pO₂ = 80 a 100 mmHg pCO₂ = 35 a 45 mmHg Base Excess (BE) = -2 a 2 HCO₃⁻ = 22 a 28 mEq/L SpO₂ > 95%</p> |
| <p>Líquido pleural ADA: até 40 U/L Líquido sinovial: leucócitos até 200 células/mL</p> | <p>Líquor (punção lombar): Células até 4/mm³ Lactato até 20 mg/dL Proteína até 40 mg/dL</p> |



01

O pico de incidência de estenose de artéria renal no rim transplantado ocorre

- (A) em pós-operatório imediato.
- (B) após uma semana do transplante.
- (C) ao redor de 3 meses pós transplante.
- (D) após o primeiro ano de transplante.

02

Com relação a estenose de artéria do rim transplantado, o tratamento usual é:

- (A) Reoperação com revisão cirúrgica da anastomose.
- (B) Transplantectomia.
- (C) Tratamento clínico com vasodilatadores e inibidores de renina.
- (D) Angioplastia com *stent*.

TEXTO PARA AS QUESTÕES 03 E 04

Paciente submetido a transplante renal com doador falecido. Evolui anúrico. No décimo dia pós-operatório apresenta secreção serosa em grande volume pela ferida operatória.

03

Assinale a alternativa que apresenta a principal hipótese diagnóstica.

- (A) Linfocele.
- (B) Infecção de sítio cirúrgico.
- (C) Eventração.
- (D) Fístula urinária.

04

Com relação ao paciente apresentado, qual é o exame laboratorial de escolha para confirmação da hipótese diagnóstica?

- (A) Dosagem de ureia, creatinina, sódio e potássio da secreção.
- (B) Dosagem de ureia, creatinina, sódio e potássio séricos.
- (C) Dosagem de ureia, creatinina, sódio e potássio urinários.
- (D) Dosagem de triglicérides da secreção.

05

O acesso cirúrgico habitual para transplante renal com doador falecido, normalmente, é feito por

- (A) lombotomia.
- (B) laparotomia mediana infra umbilical.
- (C) incisão de Pfaniestiel.
- (D) incisão de Gibson.

TEXTO PARA AS QUESTÕES 06 E 07

Um paciente sabidamente hipertenso, de 56 anos é internado em serviço de terapia intensiva vítima de traumatismo crânio encefálico. Ao exame físico apresenta-se comatoso, com ausência de reflexo de pares cranianos. Exames laboratoriais de entrada: U: 65 mg/dL. Cr: 1,7 mg/dL.

06

Sobre o caso apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) O intensivista deve contactar a família para consultar sobre a possibilidade de doação.
- (B) O intensivista deve contactar a OPO (Organização de Procura de Órgãos) a respeito da existência de potencial doador.
- (C) O intensivista deve contactar a equipe de transplante do hospital e informar sobre potencial doador.
- (D) O paciente não se encaixa nos critérios de potencial doador por elevação de cr.

07

Com relação ao paciente descrito, é correto afirmar:

- (A) No Brasil o diagnóstico de morte encefálica pode ser feito com confirmação por dois exames médicos feitos por profissionais não vinculados a serviços de transplante.
- (B) No Brasil, para confirmação de morte encefálica além do exame clínico deve ser feito exame complementar que mostre ausência de perfusão ou ausência de atividade elétrica encefálica.
- (C) No Brasil são aceitos para transplante doadores com morte encefálica ou doadores em parada cardíaca.
- (D) No Brasil só pode ser feito diagnóstico de morte encefálica mediante confirmação de ausência de fluxo cerebral.

08

Paciente com painel zero submetido há 4 meses a transplante renal com doador vivo haplo-idêntico. Teve boa evolução com Cr de 1,2 mg/dL em exame de primeiro mês de pós-operatório. Vem para consulta encaminhado pela nefrologia por piora de função renal com Cr atual de 2,4 mg/dL. Ao exame físico apresenta PA 160x100 mmHg. A principal hipótese diagnóstica é:

- (A) Rejeição celular aguda e ele deve ser submetido a uma biópsia.
- (B) Rejeição humoral e ele deve ser submetido a uma biópsia.
- (C) Estenose de artéria renal e o paciente deve ser submetido a ultrassonografia com Doppler.
- (D) Fístula urinária e o paciente deve ser submetido a uma uretrocistografia.



09

Paciente de 56 anos em insuficiência renal crônica dialítica de causa desconhecida, candidato a transplante renal procura o ambulatório de urologia para primeira avaliação. Diurese residual de cerca de 100 mL por dia há 4 anos, nega antecedentes urológicos, nega transplantes anteriores. Refere ter tido cateter de diálise em veia femoral direita há 3 anos. Atualmente dialisa por fistula artério-venosa em membro superior direito. É diabético e refere claudicação há médios esforços. São exames necessários para avaliação pré-liberação para transplante todos, EXCETO:

- (A) PSA.
- (B) Ultrassonografia de rins nativos.
- (C) Ultrassonografia com Doppler de aorta e artérias ilíacas.
- (D) Ultrassonografia de veia cava e veias ilíacas.

10

Criança de 3 anos com 20 kg em lista de espera para transplante renal recebe oferta de rim esquerdo de doador falecido de 20 anos com veia e artéria únicos, com *patch*, e ureter em boas condições. Assinale a alternativa correta.

- (A) O órgão deve ser recusado por incompatibilidade de tamanho entre doador e receptor.
- (B) O órgão deve ser aceito e implantado em fossa ilíaca esquerda em artéria ilíaca externa e veia ilíaca externa.
- (C) O órgão deve ser aceito e implantado em fossa ilíaca direita em artéria ilíaca externa e veia ilíaca externa.
- (D) O órgão deve ser aceito e implantado em fossa ilíaca direita em veia cava e aorta.

11

Paciente submetido a transplante renal com doador falecido, no vigésimo dia pós-operatório foi diagnosticado com fístula urinária confirmada por tomografia com grande extravasamento de contraste em ureter distal. Assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta.

- (A) Tratamento conservador com sondagem vesical de demora.
- (B) Cistoscopia e tentativa de passagem de cateter duplo J.
- (C) Tratamento conservador com nefrostomia e sondagem vesical de demora.
- (D) Exploração cirúrgica.

12

O acesso cirúrgico habitual para transplante renal em paciente pediátrico de 10 kg, normalmente, é feito por

- (A) lombotomia.
- (B) laparotomia mediana xifo púbica.
- (C) incisão de Gibson a direita com prolongamento cranial.
- (D) incisão de Gibson a esquerda com prolongamento cranial.

13

Paciente submetido a biópsia de enxerto renal por perda de função em 5 meses de pós-operatório. O exame anatomopatológico relata presença de 4 arteríolas e 12 glomérulos. É correto afirmar que

- (A) trata-se de amostra que preenche os critérios de representatividade.
- (B) a amostra não preenche os critérios de representatividade por poucos glomérulos.
- (C) a amostra não preenche os critérios de representatividade por pouca representatividade arterial.
- (D) a amostra pode ser classificada como limítrofe.

14

Paciente renal crônico de 20 anos, em hemodiálise há um ano, procura ambulatório de transplante com tio paterno (irmão do pai) de 55 anos cuja avaliação imunológica mostra ser compatível para transplante. Com relação à legislação brasileira para transplante de órgãos a conduta adequada seria:

- (A) Não devemos aceitar este doador por se tratar de parente distante.
- (B) Podemos aceitar este doador para transplante.
- (C) Devemos solicitar autorização judicial para realização deste transplante.
- (D) Não devemos aceitar este doador para transplante por ser muito mais velho que o receptor.

15

Paciente de 42 anos, candidato a doador renal para transplante inter-vivos para receptor irmão de 40 anos. Traz tomografia de abdome com rim direito maior que o rim esquerdo. À avaliação de pedículo: Rim esquerdo com duas artérias e duas veias, sendo uma principal e uma polar inferior de médio calibre. Rim direito com artéria e veia únicas. Cintilografia renal estática com DMSA mostra assimetria de função com rim direito com 59% e rim esquerdo com 41%. Assinale a conduta adequada.

- (A) Não devemos aceitar este doador por ter assimetria importante de função entre os rins.
- (B) Podemos aceitar este doador para transplante com doação do rim esquerdo.
- (C) Podemos aceitar este doador para transplante com doação do rim direito.
- (D) Este doador deve ser melhor avaliado com exame de ressonância nuclear magnética.



16

Paciente de 42 anos, submetido a transplante renal inter-vivos há 3 meses com Cr 0,9 mg/dL. Em ultrassonografia de rotina observada coleção peri-renal de 100 mL. Assinale a melhor conduta.

- (A) Nova ultrassonografia em 4 meses.
- (B) Punção da coleção com dosagem de U, Cr, Na⁺, K⁺.
- (C) Punção da coleção com realização de coloração de Gram e cultura.
- (D) Drenagem da coleção por via aberta.

17

Paciente de 42 anos, submetido a transplante renal inter-vivos há 3 meses com elevação de Cr no último mês de 0,9 para 3,1. Em ultrassonografia observada coleção peri-renal de 1.200 mL. Realizada punção com cultura negativa, K⁺: 4,1 mEq/L, Na⁺: 125 mEq/L, U: 65 mg/dL, Cr: 1,4 mg/dL. Assinale a melhor conduta.

- (A) Realização de drenagem guiada por tomografia com posicionamento de dreno de sistema fechado.
- (B) Punção da coleção com esvaziamento guiado por ultrassonografia sem necessidade de posicionamento de dreno.
- (C) Marsupialização da coleção por via aberta.
- (D) Marsupialização da coleção por via laparoscópica.

18

Paciente de 42 anos chega à avaliação urológica para liberação para transplante renal. Em hemodiálise há 7 anos, sem antecedentes urológicos. Anúrico há 5 anos. Com relação a avaliação e preparo do trato urinário inferior, é correto afirmar que o paciente

- (A) deve fazer reciclagem vesical com sondagem e injeção de soro fisiológico uma vez por semana.
- (B) necessita ser submetido à uma uretrocistografia.
- (C) necessita ser submetido à uma urodinâmica.
- (D) não necessita de avaliação ou preparo do trato urinário inferior para transplante.

19

Paciente de 38 anos transplantado renal há 5 anos. Interna em pronto socorro por pielonefrite do enxerto, primeiro episódio pós transplante. Assinale a alternativa correta a respeito da abordagem urológica necessária após término do tratamento da infecção.

- (A) O paciente deve iniciar antibioticoterapia profilática.
- (B) O paciente necessita ser submetido a uma uretrocistografia.
- (C) O paciente necessita ser submetido a uma urodinâmica.
- (D) O paciente não necessita de conduta urológica após o tratamento da infecção.

20

Paciente com diagnóstico de fistula urinária pós transplante. Submetido a exploração cirúrgica sendo observado necrose de ureter distal com preservação de cerca de 5 cm de sua porção proximal. A reconstrução cirúrgica mais recomendada neste caso é:

- (A) Ureter-uretero anastomose com ureter nativo, latero lateral, se possível.
- (B) Ureter-uretero anastomose com ureter nativo, término terminal com nefrectomia do rim nativo ipsilateral.
- (C) Ureter-uretero anastomose com ureter nativo, término terminal sem nefrectomia do rim nativo ipsilateral, mantendo o órgão excluído com ligadura do coto proximal do ureter.
- (D) Reimplante uretero vesical com bexiga psicoica.

21

Paciente ao ambulatório de urologia para avaliação pré-transplante renal. Em hemodiálise há 4 anos. Anúrico há 2 anos. Refere que antes de iniciar diálise, apresentava sintomas importantes de LUTS com um episódio de retenção urinária aguda resolvido com alfa-bloqueador. Traz ultrassonografia de próstata desta ocasião com peso estimado de 100 g e bexiga de esforço com trabeculação. PSA atual de 2,3 ng/mL. A melhor conduta para este paciente é:

- (A) Realizar RTU de próstata previamente ao transplante.
- (B) Realizar cirurgia aberta de próstata (prostatectomia trans vesical ou Milling) previamente ao transplante.
- (C) Realização do transplante antes do tratamento cirúrgico da próstata.
- (D) Realizar cirurgia aberta de próstata (prostatectomia trans vesical ou Milling) no momento do transplante.

22

Com relação à evolução esperada após a correção de estenose de artéria de rim transplantado com angioplastia e *stent*, é correto afirmar que:

- (A) O paciente deve recuperar função renal já na primeira semana pós procedimento.
- (B) O paciente deve recuperar função renal somente após um mês pós procedimento.
- (C) O paciente deve manter a função renal que tinha pré-procedimento, não sendo esperado melhora, mas não havendo progressão da perda.
- (D) Há discreta pior da função renal pós procedimento devido a injeção de contraste iodado estabilizando após a primeira semana.



23

Com relação à técnica de reconstrução arterial no transplante renal, assinale a alternativa correta.

- (A) Normalmente a anastomose arterial é feita entre a artéria renal do receptor (pós-nefrectomia do rim nativo) e artéria renal do doador.
- (B) Normalmente a anastomose arterial é feita entre a artéria aorta do receptor e artéria renal do doador.
- (C) Normalmente a anastomose arterial é feita entre a artéria ilíaca externa do receptor e artéria renal do doador.
- (D) Normalmente a anastomose arterial é feita entre artéria esplênica do receptor e artéria renal do doador.

24

Com relação à técnica de reconstrução ureteral no transplante renal, assinale a alternativa correta.

- (A) O implante do ureter do enxerto é feito habitualmente na bexiga do receptor.
- (B) O implante do ureter do enxerto é feito habitualmente no ureter nativo do receptor com técnica término – terminal.
- (C) O implante do ureter do enxerto é feito habitualmente no ureter nativo do receptor com técnica término – lateral.
- (D) O implante do ureter do enxerto é feito habitualmente com maturação na pele (ureterostomia cutânea).

25

Com relação aos episódios de rejeição do enxerto renal, pode-se afirmar:

- (A) Habitualmente leva a perda definitiva da função renal e retorno a terapia renal substitutiva com necessidade de retirada do enxerto.
- (B) Leva a perda temporária da função renal com recuperação parcial ou total após tratamento.
- (C) Habitualmente leva a perda definitiva da função renal e retorno a terapia renal substitutiva.
- (D) Habitualmente leva a perda definitiva da função renal e retorno a terapia renal substitutiva sem necessidade de retirada do enxerto.

26

Em investigação de paciente transplantado com perda parcial de função renal procede-se biópsia de rim transplantado sendo observado linfócitos em interstício, agredindo membrana tubular basal. Pesquisa de C4D negativa. Provavelmente trata-se de

- (A) necrose tubular aguda.
- (B) rejeição humoral.
- (C) rejeição mista.
- (D) rejeição celular.

27

O esquema de imunossupressão clássico pós transplante renal consiste de:

- (A) Anti-timoglobulina (ATG).
- (B) Rituximab.
- (C) Corticoide, tacrolimus e micofenolato.
- (D) Corticoide em altas doses.

28

Paciente de 56 anos recebe rim para transplante de doador falecido com tempo de isquemia fria de 21 horas. Apresenta-se anúrico em primeiro pós-operatório.

- (A) Esta situação é preocupante e deve ser investigada com angiotomografia.
- (B) Esta situação é preocupante e deve ser investigada com ultrassonografia com Doppler já em primeiro pós-operatório.
- (C) Esta situação é habitual em pacientes que recebem rins para transplante de doadores falecidos.
- (D) Deve-se proceder exploração cirúrgica.

29

Paciente em lista de espera para transplante renal apresenta, em avaliação pré-operatória, painel classe I de 97% e classe II de 90%. Com base nessas informações, pode-se afirmar:

- (A) Provavelmente receberá rapidamente oferta de órgão compatível.
- (B) Provavelmente demorará para receber oferta de órgão compatível.
- (C) Não existe correlação entre o painel e a possibilidade de receber oferta de órgão compatível.
- (D) Este painel contra indica inscrição em lista para transplante com doador falecido.

30

Dos exames listados a seguir, qual é o melhor a ser realizado para testar compatibilidade entre doador e receptor no transplante renal, norteando o aceite do órgão?

- (A) Painel do receptor.
- (B) Tipagem HLA do doador e receptor com checagem do número de incompatibilidades (*mismatches*).
- (C) Teste de prova cruzada (*cross match*) entre doador e receptor.
- (D) Tipagem sanguínea Rh do doador e do receptor.



RASCUNHO



RM 2024
1ª Fase – Prova Objetiva

0/0

1

1/100

