

# Resposta às reclamações de Nefrologia

## Teste Branco Exame C1

### Pergunta 21

São aceites as contestações referentes à alínea 1 já que na pag. 1752 do Capítulo 273 oligúria é definida como um volume de urina inferior a 400 ml por dia pelo que a alínea 1 também é considerada falsa.

Em relação à alínea 3 não é aceite a alegação de que anúria deve ser definida como excreção de urina e não formação de urina já que têm o mesmo significado (como é possível saber a formação de urina sem ser pela sua excreção?). Aliás o texto de referência é claro "... anúria is the complete absence of urine **formation**..." pag 271. Por outro lado, o raciocínio de que a obstrução da drenagem de urina é independente da sua formação, que está subjacente a este argumento, é falso, já que a obstrução condiciona a paragem de formação de urina – senão porque subiriam os valores de ureia e creatinina na insuficiência renal obstrutiva? Em relação ao argumento que anúria é um volume de urina inferior a 50 ml sem referência ao factor tempo não tem fundamento, já que a leitura do parágrafo, no livro de texto, é clara a explicitar que, quer a definição de oligúria quer a de anúria são referidas ao volume de urina de 24h.

Não são aceites as contestações em relação à alínea 4 não ser falsa já que o texto é claro "Oligúria can accompany any cause of acute renal failure and carries a more serious prognosis for recovery in all conditions except prerenal azotemia" pag. 271. A afirmação de que insuficiência renal aguda oligúrica é utilizada como equivalente a necrose tubular aguda como argumento para excluir a associação de insuficiência renal prérenal com oligúria é um raciocínio incorrecto. O argumento de que a insuficiência renal aguda prerenal secundária a outras causas que não a hipovolémia pode ter pior prognóstico, também não é aceitável já que a resposta renal é adequada e não existe lesão estrutural do rim e o prognóstico está relacionado com a reversibilidade da situação de base ( insuficiência cardíaca, síndrome hepatorenal, por ex.) e não com a lesão renal.

### Pergunta 22

Em relação à alínea 2 ser falsa e portanto uma resposta certa, baseada na fisiopatologia do hiperparatiroidismo da insuficiência renal, não é aceitável já que a pergunta é claramente feita no contexto de uma abordagem diagnóstica da hipercalcemia. Aqui mais uma vez o texto é claro "...increases in PTH are often accompanied by hypophosphatemia..."

Em relação à alegação de que a alínea 3 é verdadeira e não falsa o texto é claro "...once **true hypercalcemia** is established, the **second** most important laboratory test in the diagnostic evaluation is a PTH level..." pelo que as alegações não são aceites

Em relação às alegações de que a alínea 4 é falsa por não referir que a hipercalcémia é crónica não são aceites já que o texto em relação à neoplasia não refere se a hipercalcemia é aguda

ou crónica “.....as opposed to the second most common etiology of **hypercalcemia**, an underlying malignancy.” pag 268 . Também não é aceite o argumento de que a neoplasia não é a segunda causa mais frequente de hipercalcémia por o carcinoma das paratiroides ser raro – a leitura do texto é clara que são outras neoplasias que não as das paratiroides que dão com frequência hipercalcemia

#### Pergunta 24

Ao contrário do que o candidato diz uma afirmação para ser verdadeira tem de ser toda verdadeira ( e versus ou da lógica matemática ou conjuntiva versus disjuntiva). A afirmação da alínea 3 de que o processo não é saturável torna a afirmação falsa “.... This process is saturable...” pag. 1745. Do mesmo modo em relação à alínea 4 a afirmação da hidroclorotiazida estar incluída no grupo dos inibidores da anidrase carbónica é falsa pelo que a alínea é falsa.

#### Pergunta 25

Não são aceites as alegações de que a alínea 2 não é verdadeira por se tratar de uma complicação iatrogénica. Seja de causa iatrogénica ou não a hipoosmolalidade e a hiponatremia são uma complicação possível da insuficiência renal aguda e a ingestão de água não é na maioria das situações uma complicação iatrogénica.

Em relação à alínea 5 ser considerada correcta com a argumentação do mecanismo fisiopatológico da acidose da insuficiência renal crónica não é aceite já que como é referido no texto os processos não são necessariamente idênticos pela associação frequente de aumento de produção de ácido pag. 1759

#### Pergunta 27

Em relação à alínea 4 não é aceite a alegação por a IgA depositada no mesângio ser caracteristicamente da subclasse IgA1 e não da subclasse IgA2

#### Pergunta 29

Em relação à contestação apresentada pelos candidatos de que por o livro de texto referir ser o diagnóstico com frequência feito antes do início dos sintomas não torna falsa a alínea 3 – lhes dada razão pelo que a pergunta é anulada.

Acrescenta-se: Num teste não podem ser usadas afirmações imprecisas – o texto refere que o diagnóstico é feito com frequência antes de haver manifestações clínicas. O que o autor do texto provavelmente pretende dizer é que, ao contrário de muitas outras doenças em que o doente só procura o médico quando tem sintomas, nesta, por ser uma doença familiar, quando o diagnóstico é feito num elemento de uma família outro ou outros elementos da família são investigados para excluir a existência da doença, mas sem qualquer quantificação de percentagens. Se 50 ou 60% dos doentes são diagnosticados numa fase assintomática significa que o diagnóstico da doença em 40 ou 50% dos doentes numa fase sintomática é rara e não frequente? Neste contexto raro não pode ser considerado o oposto de frequente

porque, se as percentagens (que não são referidas no texto) forem semelhantes, uma não é rara e a outra frequente – são ambas frequentes.

Mantenho por isso a minha posição de que a pergunta não tem respostas falsas e tem de ser anulada.

#### Pergunta 30

A contestação apresentada referente à alínea 3 é aceite, por a alínea não especificar serem os cálculos relacionados com hipercalciúria idiopática e existirem situações em que a terapêutica com tiazidas não é indicada. A alínea 3 é aceite como falsa e a sua resposta como correcta.

Acrescenta-se: É verdade que as tiazidas permitem a redução de cálculos em situações de hipercalciúria idiopática mas estes são 50 % dos cálculos de cálcio e cerca de 35 a 40% do total de cálculos Tab. 281-1 pag. 1816 A alínea, com está redigida permite uma interpretação ambígua – alguns? todos? Não admira, por isso, que um grande número de candidatos tenha interpretado como sendo eficaz em todos os cálculos e portanto considerado como resposta falsa pelo que mantenho que deve ser aceite como afirmação falsa.

Em relação à contestação da alínea 5 o livro de texto é claro “...When possible, the composition of kidney stones should be determined because treatment depends on stone type..” pelo que não é aceite

#### Pergunta 32

Por o livro de referência referir especificamente que os aminoglicosídeos provocam lesão tubular renal por stress oxidativo e ser omissos em relação ao mecanismo de lesão dos fármacos anticancerígenos são aceites as reclamações referentes à alínea 2 que é considerada como verdadeira.

Acrescenta-se: O livro de texto refere a seguinte frase “..... Aminoglycosides accumulate in renal tubular epithelial cells, where they cause oxidative stress and cell injury..... o que motivou as reclamações dos candidatos. Como a geração de radicais livres é resultado do stress oxidativo a resposta deve também ser considerada verdadeira.

#### Pergunta 33

Em relação à alínea 2 não é perceptível as dúvidas quanto a veracidade da afirmação já que é a transcrição literal da frase do livro de texto e nomeadamente quanto ao argumento de que se aplica apenas aos doentes em fase terminal da doença renal e não a todos os doentes submetidos a transplante renal. Quais são os doentes submetidos a transplante renal que não estão em fase terminal da doença renal? Por isso as contestações em relação à veracidade da alínea 2 não são aceites.

Em relação à alínea 5 não ser falsa é necessário tem em atenção que SIDA não é sinónimo de infecção pelo HIV. A SIDA, como é referido no texto, é uma contraindicação formal para

transplante mas a infecção pelo HIV em doentes seleccionados não é, já que existem unidades em várias partes do mundo aonde são transplantados, como é referido no texto, pelo que as contestações referentes à alínea 5 não são aceites.

#### Pergunta 34

Em relação à contestação da alínea 3 vide pag. 277. É meu parecer de que o conhecimento de que a hiperglicemia influencia o valor dos níveis séricos de sódio é uma informação que todos os médicos devem ter e não apenas especialistas. Se assim não fosse como é que qualquer médico pode interpretar um ionograma sérico?

#### Pergunta 35

As contestações referentes à alínea 5 ser verdadeira não são aceites porque a leitura do texto é clara em relação ao mecanismo de acção do bicarbonato na correcção de uma hiperkaliémia que implica terapêutica ev – “.... Alkali therapy with intravenous  $\text{NaCO}_3\text{H}$  can also shift K into cells..... and ideally should be reserved for severe hyperkalemia associated with metabolic acidosis” por a hiperkaliémia estar associada ao tamponamento intracelular de  $\text{H}^+$  pag. 283 . O argumento referido pelos candidatos de que existe excreção renal de potássio aumentada quando o mecanismo de transporte tubular de bicarbonato está saturado não é aceite porque como é óbvio esta situação só existe em situações de alcalose e não numa situação de hiperkaliémia associada a acidose metabólica em que o bicarbonato é administrado para corrigir a acidose que provoca a hiperkaliémia( e geralmente para valores de bicarbonato inferiores ao normal). Também por a correcção da acidose associada à hiperkaliémia não ter como objectivo a alcalinização da urina não é aceite a alegação de que por na intoxicação com salicilatos a alcalinização da urina provocar hipokaliémia a alínea 5 ser verdadeira

#### Pergunta 36

Em relação à alínea 2 é alegado que seria falsa por só na insuficiência renal grave haver anion gap aumentado. Este argumento não é aceite por não contradizer o facto de a insuficiência renal crónica ser uma das principais causas de acidose metabólica com anion gap aumentado.

Em relação à alínea 4 a alegação não é aceite já que não é afirmado no texto que o efeito rebound de alcalose só está associado à terapêutica com bicarbonato – vide pag. 294

Em relação à alínea 5 as alegações sobre a terapêutica com lactato de ringer não são aceites por esta terapêutica representar uma alternativa mas não contradizer a indicação para o uso de soro salino isotónico.

#### Pergunta 37

Em relação à alínea 1 não é aceite a alegação de que por o adenoma viloso se puder associar a acidose metabólica isto contradiga a associação do adenoma viloso a alcalose metabólica por contracção de volume , hipokaliémia e alcalose

Do mesmo modo em relação à alínea 3 não se aceita a alegação de que por a hipercalcémia se associar a nefrite intersticial e acidose metabólica hiperclorémica isso contradiga a associação noutros doentes a alcalose metabólica conforme expresso na Tabela 48 pag. 293

Em relação às alegações referentes à alínea 4 embora a expressão excesso de magnésio seja menos clara é conhecido que é a hipomagnesiémia, como oposto a excesso de magnésio, que se associa a alcalose metabólica pelo que estas alegações não são aceites.

#### Pergunta 38

Em relação à alínea 5 o texto é omissivo pelo que não pode ser considerada como errada sendo aceite como correcta

Acrescenta-se: Do meu ponto de vista a dificuldade maior de elaborar perguntas a partir de um livro de texto é a necessidade de todas as afirmações estarem no texto – se não estão não podem ser usadas, sob pena de introduzirem uma dúvida que não é legítima, sobretudo porque o teste é realizado a médicos com experiência clínica mínima, como é perceptível na maioria das alegações. Por não ser especificado no texto que o hálito urémico regride com a hemodiálise, não posso considerar errada a resposta desta alínea, mesmo tendo sido alegada por uma única candidata.

#### Pergunta 39

Em relação à alegação referente à alínea 2 de que o aumento da síntese da hormona paratiroideia e crescimento das glândulas não contribuem para a fisiopatologia do hiperparatiroidismo não é aceite: aonde acaba a fisiopatologia do hiperparatiroidismo ? nos valores elevados da PTH ou nas repercussões da subida da PTH como o aumento da reabsorção do osso ou a fibrose medular por exemplo?

#### Pergunta 40

Está definido que o livro de texto de referência para a elaboração das perguntas é a 17th edição de Harrison's Principles of Internal Medicine e a resposta está na pag. 1786 pelo que a alegação de outros períodos de tempo noutros livros de texto não pode ser aceite.

## Teste Azul Exame C 2

### Pergunta 41

São aceites as contestações referentes à alínea 2, já que na pag. 1752 do Capítulo 273 oligúria é definida como um volume de urina inferior a 400 ml por dia, pelo que a alínea 2 também é considerada falsa.

Em relação à alínea 4 não é aceite a alegação de que anúria deve ser definida como excreção de urina e não formação de urina já que têm o mesmo significado ( como é possível saber a formação de urina sem ser pela sua excreção?). Aliás o texto de referência é claro "... anúria is the complete absence of urine **formation**..." pag 271. Por outro lado o raciocínio de que a obstrução da drenagem de urina é independente da sua formação, que está subjacente a este argumento, é falso já que a obstrução condiciona a paragem de formação de urina – senão porque subiriam os valores de ureia e creatinina na insuficiência renal obstrutiva? Em relação ao argumento que anúria é um volume de urina inferior a 50 ml sem referência ao factor tempo não tem fundamento, já que a leitura do parágrafo no livro de texto é clara a explicitar que quer a definição de oligúria quer a de anúria são referidas ao volume de urina de 24h.

### Pergunta 42

Em relação à alínea 1 ser falsa e portanto uma resposta certa o texto é claro "...it is generally preferable to measure total calcium and albumin to correct the serum calcium ...."

Em relação à alínea 3 ser falsa e portanto uma resposta certa baseada na fisiopatologia do hiperparatiroidismo da insuficiência renal não é aceitável já que a pergunta é claramente feita no contexto de uma abordagem diagnóstica da hipercalcemia. Aqui mais uma vez o texto é claro "...increases in PTH are often accompanied by hypophosphatemia..."

Em relação à alegação de que a alínea 4 é verdadeira e não falsa o texto é claro "...once **true hypercalcemia** is established, the **second** most important laboratory test in the diagnostic evaluation is a PTH level..." pelo que as alegações não são aceites

Em relação às alegações de que a alínea 5 é falsa por não referir que a hipercalcémia é crónica não são aceites já que o texto em relação à neoplasia não refere se a hipercalcemia é aguda ou crónica "...as opposed to the second most common etiology of **hypercalcemia**, an underlying malignancy." pag 286.

Em relação ao argumento de que a pergunta devia ser anulada por ter 6 alíneas era óbvio que a 6 era a repetição da 1 e sendo esta afirmação verdadeira nem se punha o problema de qual das duas marcar

### Pergunta 45

Em relação à alínea 1 ser considerada correcta com a argumentação do mecanismo fisiopatológico da acidose da insuficiência renal crónica não é aceite já que como é referido no

texto os processos não são necessariamente idênticos pela associação frequente de aumento de produção de ácido pag. 1759

Não são aceites as alegações de que a alínea 3 não é verdadeira por se tratar de uma complicação iatrogénica. Seja de causa iatrogénica ou não a hipoosmolalidade e a hiponatrémia são uma complicação possível da insuficiência renal aguda e a ingestão de água não é na maioria das situações uma complicação iatrogénica.

#### Pergunta 46

A contestação em relação à alínea 5 ser falsa baseada na legenda da Fig 277-2 pag 1783 não é aceite já que corresponde a uma leitura errada da mesma – são ilustrados dois padrões de imunofluorescência, um de depósitos lineares de IgG numa doença por anticorpos antimembrana basal e outro de depósitos granulosos de IgG numa glomerulonefrite membranosa.

#### Pergunta 49

Em relação à contestação apresentada pelos candidatos de que por o livro de texto referir ser o diagnóstico com frequência feito antes do início dos sintomas não torna falsa a alínea 4 é - lhes dada razão pelo que a pergunta é anulada.

#### Pergunta 50

Em relação à contestação apresentada referente à alínea 4 é aceite por a alínea não especificar serem os cálculos relacionados com hipercalciúria idiopática e existirem situações em que a terapêutica com tiazidas não é indicada pelo que é aceite a alínea 4 como falsa e a sua resposta como correcta

#### Pergunta 52

Por o livro de referência referir especificamente que os aminoglicosídeos provocam lesão tubular renal por stress oxidativo e ser omissos em relação ao mecanismo de lesão dos fármacos anticancerígenos são aceites as reclamações referentes à alínea 3 que é considerada como verdadeira.

#### Pergunta 53

Em relação à alínea 1 não ser falsa é necessário ter em atenção que SIDA não é sinónimo de infecção pelo HIV. A SIDA como é referido no texto é uma contraindicação formal para transplante mas a infecção pelo HIV em doentes seleccionados não é já que existem unidades em várias partes do mundo aonde são transplantados, como é referido no texto pelo que as contestações referentes à alínea 1 não são aceites.

Em relação à alínea 3 não é perceptível as dúvidas quanto a veracidade da afirmação já que é a transcrição literal da frase do livro de texto e nomeadamente quanto ao argumento de que se aplica apenas aos doentes em fase terminal da doença renal e não a todos os doentes submetidos a transplante renal. Quais são os doentes submetidos a transplante renal que não

estão em fase terminal da doença renal? Por isso as contestações em relação à veracidade da alínea 3 não são aceites.

Em relação à alínea 5 o texto é claro “....antibodies that can cause very early graft loss include natural antibodies against the ABO blood group antigens....”

#### Pergunta 54

Em relação à contestação referente à alínea 4 Vide pag. 277 coluna da esquerda Hiponatremia, etiologia , duas últimas linhas do 1º parágrafo aonde estão expressos os valores pelo que a contestação não é aceite.

#### Pergunta 55

As contestações referentes à alínea 1 ser verdadeira não são aceites porque a leitura do texto é clara em relação ao mecanismo de acção do bicarbonato na correcção de uma hiperkaliémia que implica terapêutica ev – “.... Alkali therapy with intravenous NaCO<sub>3</sub>H can also shift K into cells..... and ideally should be reserved for severe hyperkalemia associated with metabolic acidosis” por a hiperkaliémia estar associada ao tamponamento intracelular de H<sup>+</sup> pag. 283 O argumento referido pelos candidatos de que existe excreção renal de potássio aumentada quando o mecanismo de transporte tubular de bicarbonato está saturado não é aceite porque como é óbvio esta situação só existe em situações de alcalose e não numa situação de hiperkaliémia associada a acidose metabólica em que o bicarbonato é administrado para corrigir a acidose que provoca a hiperkaliémia ( e geralmente para valores de bicarbonato inferiores ao normal). Também por a correcção da acidose associada à hiperkaliémia não ter como objectivo a alcalinização da urina não é aceite a alegação de que por na intoxicação com salicilatos a alcalinização da urina provocar hipokaliémia a alínea 1 ser verdadeira

#### Pergunta 56

Em relação à alínea 3 é alegado que seria falsa por só na insuficiência renal grave haver anion gap aumentado. Este argumento não é aceite por não contradizer o facto de a insuficiência renal crónica ser uma das principais causas de acidose metabólica com anion gap aumentado.

Em relação à alínea 5 a alegação não é aceite - o lactato é metabolizado e é a metabolização da glicose nos tecidos para CO<sub>2</sub> e H<sub>2</sub>O que por acção da anidrase carbónica gera bicarbonato o que na pratica faz o lactato gerar bicarbonato.

#### Pergunta 57

Em relação à alínea 2 não é aceite a alegação de que por o adenoma viloso se puder associar a acidose metabólica isto contradiga a associação do adenoma viloso a alcalose metabólica por contracção de volume , hipokaliémia e alcalose Tab 48-6 pag 293

Do mesmo modo em relação à alínea 4 não se aceita a alegação de que por a hipercalcémia se associar a nefrite intersticial e acidose metabólica hiperclorémica isso contradiga a associação noutros doentes a alcalose metabólica conforme expresso na Tabela 48 pag. 293



Em relação às alegações referentes à alínea 5 embora a expressão excesso de magnésio seja menos clara é conhecido que é a hipomagnesiémia como oposto a excesso de magnésio que se associa a alcalose metabólica pelo que estas alegações não são aceites.

## Teste amarelo - Exame C3

### Pergunta 1

Em relação à alínea 2 não é aceite a alegação de que anúria deve ser definida como excreção de urina e não formação de urina já que têm o mesmo significado ( como é possível saber a formação de urina sem ser pela sua excreção?). Aliás o texto de referência é claro "... anúria is the complete absence of urine **formation**..." pag 271. Por outro lado o raciocínio de que a obstrução da drenagem de urina é independente da sua formação que está subjacente a este argumento é falso já que a obstrução condiciona a paragem de formação de urina – senão porque subiriam os valores de ureia e creatinina na insuficiência renal obstrutiva?

São aceites as contestações referentes à alínea 5 já que na pag. 1752 do Capítulo 273 oligúria é definida como um volume de urina inferior a 400 ml por dia pelo que a alínea 1 também é considerada falsa.

### Pergunta 2

Em relação à alínea 1 ser falsa e portanto uma resposta certa baseada na fisiopatologia do hiperparatiroidismo da insuficiência renal não é aceitável já que a pergunta é claramente feita no contexto de uma abordagem diagnóstica da hipercalcemia. Aqui mais uma vez o texto é claro "...increases in PTH are often accompanied by hypophosphatemia..."

Em relação à alegação de que a alínea 2 é verdadeira e não falsa o texto é claro "...once **true hypercalcemia** is established, the **second** most important laboratory test in the diagnostic evaluation is a PTH level..." pelo que as alegações não são aceites

Em relação às alegações de que a alínea 3 é falsa por não referir que a hipercalcémia é crónica não são aceites já que o texto em relação à neoplasia não refere se a hipercalcemia é aguda ou crónica "...as opposed to the second most common etiology of **hypercalcemia**, an underlying malignancy."pag 286 .

### Pergunta 5

Não são aceites as alegações de que a alínea 1 não é verdadeira por se tratar de uma complicação iatrogénica. Seja de causa iatrogénica ou não a hipoosmolalidade e a hiponatrémia são uma complicação possível da insuficiência renal aguda e a ingestão de água não é na maioria das situações uma complicação iatrogénica.

Em relação à alínea 4 ser considerada correcta com a argumentação do mecanismo fisiopatológico da acidose da insuficiência renal crónica não é aceite já que como é referido no texto os processos não são necessariamente idênticos pela associação frequente de aumento de produção de ácido pag. 1759

### Pergunta 6

A contestação em relação à alínea 3 ser falsa baseada na legenda da Fig 277-2 pag 1783 não é aceite já que corresponde a uma leitura errada da mesma – são ilustrados dois padrões de imunofluorescência, um de depósitos lineares de IgG numa doença por anticorpos antimembrana basal e outro de depósitos granulosos de IgG numa glomerulonefrite membranosa.

#### Pergunta 9

Em relação à contestação apresentada pelos candidatos de que por o livro de texto referir ser o diagnóstico com frequência feito antes do início dos sintomas não torna falsa a alínea 2 é - lhes dada razão pelo que a pergunta é anulada.

#### Pergunta 10

Em relação à contestação apresentada referente à alínea 2 é aceite por a alínea não especificar serem os cálculos relacionados com hipercalciúria idiopática e existirem situações em que a terapêutica com tiazidas não é indicada pelo que é aceite a alínea 2 como falsa e a sua resposta como correcta

#### Pergunta 12

Por o livro de referência referir especificamente que os aminoglicosidos provocam lesão tubular renal por stress oxidativo e ser omissos em relação ao mecanismo de lesão dos fármacos anticancerígenos são aceites as reclamações referentes à alínea 1 que é considerada como verdadeira.

#### Pergunta 13

Em relação à alínea 2 não é perceptível a argumentação referente a doença coronária corrigível ou não do candidato. Tal como as outras situações a excluir (como a tuberculose ou neoplasias) a sua presença ou susceptibilidade de tratamento podem ou não contraindicar a inclusão em lista para transplante pelo que as contestações não são aceites.

Em relação à alínea 4 não ser falsa é necessário ter em atenção que SIDA não é sinónimo de infecção pelo HIV. A SIDA como é referido no texto é uma contraindicação formal para transplante mas a infecção pelo HIV em doentes seleccionados não é já que existem unidades em várias partes do mundo aonde são transplantados como é referido no texto pelo que as contestações referentes à alínea 4 não são aceites.

Em relação à alínea 5 não são aceites as contestações já que a alínea diz apenas que “Existem poucas contraindicações absolutas à transplantação renal” sem especificar se são imunológicas ou não até porque pela leitura do texto é perceptível que existem outras contraindicações não imunológicas

#### Pergunta 14

Em relação à alínea 2 vide pag. 277. O texto é claro que a concentração de sódio baixa 1.4 mmols/l por cada subida de 100mg/dl de glicose no sangue por saída de água de dentro das

células estando os 2 valores errados na alínea 2 pelo que a afirmação é falsa e a contestação não é aceite

Em relação à contestação referente à alínea 3 o texto é claro “....It is important to note that diuretic induced hyponatremia is almost always due to thiazide diuretics.” pelo que a contestação não é aceite

#### Pergunta 15

Em relação à contestação à alínea 2 a não especificação do tipo de insulina não torna a alínea errada para isso seria necessário especificar que a insulina era lenta, por exemplo, pelo que não é aceite a contestação

As contestações referentes à alínea 4 ser verdadeira não são aceites porque a leitura do texto é clara em relação ao mecanismo de acção do bicarbonato na correcção de uma hiperkaliémia que implica terapêutica ev – “.... Alkali therapy with intravenous  $\text{NaCO}_3\text{H}$  can also shift K into cells..... and ideally should be reserved for severe hyperkalemia associated with metabolic acidosis” por a hiperkalemia estar associada ao tamponamento intracelular de  $\text{H}^+$  pag. 283. O argumento referido pelos candidatos de que existe excreção renal de potássio aumentada quando o mecanismo de transporte tubular de bicarbonato está saturado não é aceite porque como é óbvio esta situação só existe em situações de alcalose e não numa situação de hiperkaliémia associada a acidose metabólica em que o bicarbonato é administrado para corrigir a acidose que provoca a hiperkaliémia ( e geralmente para valores de bicarbonato inferiores ao normal). Também por a correcção da acidose associada à hiperkaliémia não ter como objectivo a alcalinização da urina não é aceite a alegação de que por na intoxicação com salicilatos a alcalinização da urina provocar hipokaliémia a alínea 4 ser verdadeira

#### Pergunta 16

Em relação à alínea 1 é alegado que seria falsa por só na insuficiência renal grave haver anion gap aumentado. Este argumento não é aceite por não contradizer o facto de a insuficiência renal crónica ser uma das principais causas de acidose metabólica com anion gap aumentado mesmo que nem todos os doentes com insuficiência renal tenham acidose com anion gap aumentado.

Em relação à alínea 3 as alegações não são aceites já que a interpretação da uma candidata não é correcta - o lactato é metabolizado e não é só pela excreção renal do lactato que o bicarbonato é regenerado e em relação à outra alegação a não referência no texto da alínea à velocidade de correcção da lactacidémia não torna a alínea falsa

Em relação à alínea 4 a contestação não é aceite já que o candidato não tem em conta a contracção de volume induzida pela diurese osmótica dos cetoácidos e da glucose. De qualquer modo a pergunta refere-se a situações de cetoacidose e não de diabetes mal controlada

#### Pergunta 17

Em relação à alínea 2 não se aceita a alegação de que por a hipercalcémia se associar a nefrite intersticial e acidose metabólica hiperclorémica isso contradiga a associação noutros doentes a alcalose metabólica conforme expresso na Tabela 48 pag. 293

Em relação às alegações referentes à alínea 3 embora a expressão excesso de magnésio seja menos clara é conhecido que é a hipomagnesiémia como oposto a excesso de magnésio que se associa a alcalose metabólica pelo que estas alegações não são aceites.

Em relação à alínea 5 não é aceite a alegação de que por o adenoma viloso se puder associar a acidose metabólica isto contradiga a associação do adenoma viloso a alcalose metabólica por contracção de volume , hipokaliémia e alcalose