



5° SIMULADO RESIDÊNCIA MÉDICA

2024

CADERNO DE RESPOSTAS

CLÍNICA MÉDICA

01 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Dermatologia - Prof. Bruno Souza) Paciente de 27 anos apresenta mancha enegrecida no braço esquerdo. A lesão possui bordas irregulares, heterocromia e mede cerca de 7 mm. Diante da principal hipótese diagnóstica, qual é o indicador que dará a melhor informação prognóstica?

- A) Localização da lesão.
- B) Número de mitoses.
- C) Idade do paciente.
- D) Índice de Breslow.

COMENTÁRIO:

Estrategista, uma lesão pigmentada com bordas irregulares, várias cores (heterocromia) e que mede mais do que 6 mm é altamente suspeita de ser melanoma. Com base nisso, precisamos saber sobre o prognóstico desse tumor.

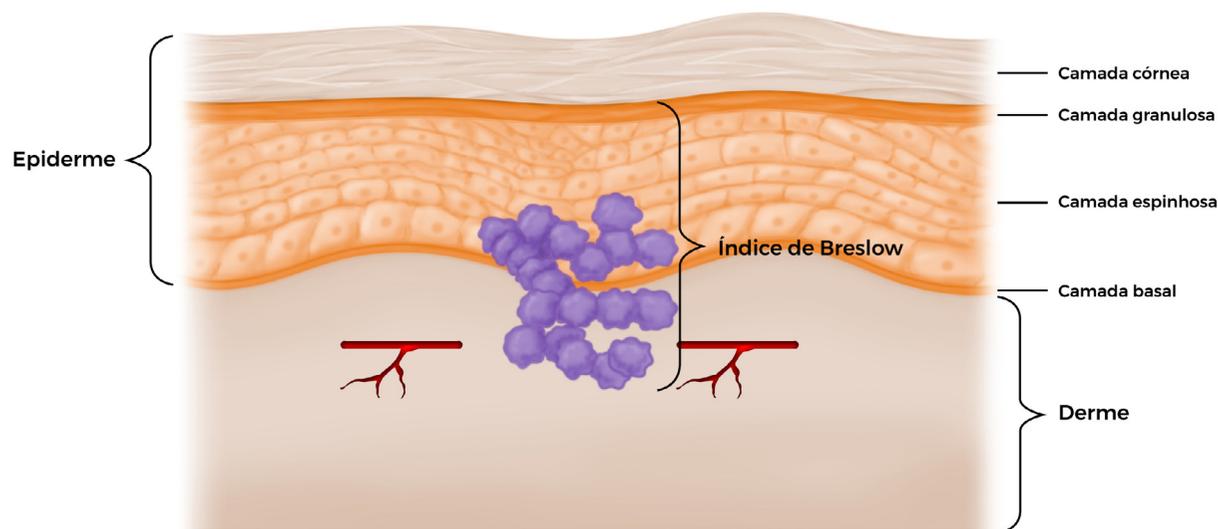
Incorreta a alternativa A. A localização da lesão pouco importa na avaliação histopatológica e prognóstica de um melanoma.

Incorreta a alternativa B. O índice mitótico indica o número de mitoses que há em um melanoma. Se há muitas mitoses, isso indica que o tumor é muito proliferativo e indica pior prognóstico. Porém, não é o mais importante.

Incorreta a alternativa C. Os pacientes mais idosos apresentam um prognóstico pior, porém isso é pouco relevante.

Correta a alternativa D.

O índice de Breslow é o fator prognóstico isolado mais importante no melanoma primário. Vamos revisá-lo com o esquema a seguir:



Nesse esquema, as células escuras representam as células do melanoma. Como elas estão já na derme, esse é um melanoma invasivo. O índice de Breslow, então, é medido desde a camada granulosa até a última célula invasiva e é dado em milímetros. Quanto mais profundo é o melanoma, pior o prognóstico. É a partir dele que sabemos que margem teremos que ampliar e se teremos que realizar pesquisa de linfonodo sentinela ou não.

02 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Neurologia - Prof. Rodrigo Frezatti) Paciente, sexo masculino, 19 anos, vítima de queda da escada evolui com TCE grave. Após cerca de 12 horas no serviço de urgências, apresenta pupilas médio fixas, apneia persistente e ausência de reflexos de tronco cerebral. Sobre o protocolo de definição de morte encefálica (ME) é correto afirmar que:

- A) o teste de apneia deverá ser executado duas vezes.
- B) a verificação do uso de drogas sedativas do SNC não é mais obrigatória, desde o parecer do CFM de 2017.
- C) caso a arteriografia não esteja disponível, o Doppler transcraniano ou a angiotomografia intracraniana podem ser utilizadas.
- D) a família tem o direito de designar um médico de sua confiança para acompanhar o processo.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, esse é um tema que deve ser conhecido! Antes de analisar as alternativas, vamos lembrar o protocolo de morte encefálica.

A morte cerebral é um equivalente da “morte clínica” propriamente dita. Além da definição para viabilizar eventual doação de órgãos, é fundamental para abreviar cuidados fúteis e definir o óbito do paciente. Para se considerar o diagnóstico, segundo a resolução 2173/17 do CFM, são necessários:

1- Coma arreativo persistente (escala de coma de Glasgow = 3).

2- Lesão encefálica de causa conhecida, irreversível, capaz de causar o quadro e identificada em exame de neuroimagem. Portanto, a neuroimagem é imprescindível.

3- Ausência de condições agudas que potencialmente poderiam levar ao quadro! Aqui, cabem algumas considerações. Nesse novo protocolo, cabe ao médico responsável por sua abertura definir se eventuais condições, como distúrbios hidroeletrólíticos, seriam suficientes para justificar o quadro de coma aperceptivo, não havendo mais “limites” de natremia, potassemia, entre outros. Além disso, para o uso de drogas depressoras do sistema nervoso central, lembre-se:

- em doses terapêuticas, em bólus, não se exige tempo de depuração antes de iniciar protocolo

- na infusão contínua com função hepática e renal normal e quando paciente não tiver sido submetido à hipotermia terapêutica: aguardar 4 a 5 meias-vidas da medicação antes de iniciar o processo;

- na infusão contínua com alteração de função renal ou hepática ou protocolo de hipotermia terapêutica, deve-se aguardar mais que o tempo de 5 meias-vidas, a depender da dose usada e grau de comprometimento renal ou hepático. Uma opção é obter o nível sérico da medicação para afastar intoxicação;

- nessas condições, especificamente, deve-se dar preferência aos exames que medem fluxo sanguíneo em detrimento do EEG.

4- Tempo de observação no serviço superior a 6 horas e, caso encefalopatia hipóxico-isquêmica, 24 horas.

5- Temperatura > 35 °C, SaO₂ > 94%, PAS ≥100 mmHg (adultos).

6- Dois exames clínicos feitos por dois médicos diferentes com intervalo de uma hora entre eles, desde que o paciente tenha mais de 2 anos. O teste deve confirmar a ausência total de reflexos de tronco. Destaca-se que apenas uma prova de apneia é necessária!

7- Exame complementar confirmatório (Doppler de carótidas, arteriografia, eletroencefalograma ou SPECT cerebral).

Vamos às alternativas:

Incorreta a alternativa A. O teste de apneia deve ser executado apenas uma vez.

Incorreta a alternativa B. Existem regras específicas quanto à avaliação do uso de drogas sedativas antes da abertura do protocolo de morte encefálica. Se a droga foi usada em bólus, não há demanda de se esperar nenhum tempo adicional antes da abertura. Para o uso contínuo, um intervalo de ao menos 5 meias-vidas da droga em questão deve ser respeitado, isso considerando função renal e hepática normais. Caso uma delas esteja alterada, deve-se aguardar período superior a 5 meias vidas da droga.

Incorreta a alternativa C. Os exames complementares autorizados no processo de definição de morte encefálica são a arteriografia, o Doppler, o SPECT e o EEG. Não se pode considerar a angiotomografia intracraniana para esse fim!

Correta a alternativa D.

Exatamente! A família deve ser comunicada ANTES da abertura do protocolo e, se desejar, pode indicar um médico de sua confiança para acompanhar o processo, muito embora não possa participar, de fato.

03 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Nefrologia - Prof. Ricardo Leal) Uma mulher de 29 anos procura o ambulatório de Nefrologia por apresentar, no último ano, 3 internações por litíase renal. Refere nunca ter feito nenhum procedimento urológico. Não tem história familiar de litíase, nem de qualquer alteração renal e não faz nenhuma restrição dietética específica.

Você solicita alguns exames complementares para melhor entendimento do caso, cujos resultados estão na tabela a seguir:

Exame complementar	Resultado	Referência de normalidade
Creatinina	0,8 mg/dL	0,7–1,1 mg/dL
Ácido úrico	4,2 mg/dL	2,4 a 6,0 mg/dL
Bicarbonato	24 mEq/L	22–26 mEq/L
Cálcio	9,2 mg/dL	8,8 a 10,4 mg/dL
pH urinário	6,0	5,8–6,2
Citrato urinário (24h)	187 mg	> 320 mg
Cálcio urinário (24h)	260 mg	< 250 mg
Oxalato urinário (24h)	22 mg	< 40 mg
Ácido úrico urinário (24h)	520 mg	< 750 mg
Tomografia de rins e vias urinárias	Presença de microcálculos não obstrutivos em ambas as pelvis renais	Ausência de cálculos

Assinale a alternativa que contempla orientações dietéticas e farmacológicas adequadas para ajudar na prevenção do surgimento de novos cálculos na paciente em questão.

- A) Reduzir a ingestão de cálcio, aumentar o consumo de água e iniciar bicarbonato de sódio via oral.
- B) Evitar o consumo de frutas cítricas, iniciar losartana e restringir potássio da dieta.
- C) Iniciar citrato de potássio, manter ingestão adequada de cálcio e reduzir o consumo de sal.
- D) Iniciar hidroclorotiazida, elevar o consumo de água e proteínas.

COMENTÁRIOS:

O enunciado traz uma paciente jovem com nefrolitíase. Idealmente, após as crises, esses pacientes devem ser acompanhados ambulatorialmente e investigados para alterações sistêmicas e urinárias que possam explicar a litogênese.

Na investigação complementar da paciente, podemos perceber algumas alterações relevantes, como a presença de **hipocitratúria e hipercalcúria**, condições que são bastante associadas à formação de cálculos.

A hipercalcúria é definida tradicionalmente pela presença de um cálcio urinário acima de 250 mg/dia, nas mulheres, e 300 mg/dia, nos homens. Em 95% dos casos, não há hipercalcemia concomitante, condição que é denominada de hipercalcúria primária.

Já a hipocitratúria pode ser definida como um citrato urinário abaixo de 320 mg/dia. O citrato é importante para a prevenção dos cálculos de duas maneiras:

- é um inibidor da cristalização do cálcio, principal material formador de cálculos;
- é uma base que ajuda a equilibrar o pH urinário.

Vamos analisar as alternativas.

Incorreta a alternativa A. Apesar de parecer racional, a redução da ingestão de cálcio na hipercalcúria não é recomendada. Isso se dá pelo fato de que, quando há redução do cálcio ingerido, o oxalato que antes se ligava a ele e era eliminado nas fezes como oxalato de cálcio agora é absorvido e filtrado, gerando oxalúria e um aumento paradoxal no risco de litíase. A recomendação formal é **manter ingestão adequada de cálcio**. Como não há acidemia nem pH urinário reduzido, a indicação de bicarbonato também não se sustenta.

Incorreta a alternativa B. Frutas cítricas contêm citrato, base que inibe a formação de cálculos. A losartana é uricosúrica, ou seja, aumenta a excreção renal de ácido úrico e pode predispor à litíase em casos de pH urinário baixo ou hiperuricosúria. Dietas pobres em potássio predispoem ao surgimento de litíase.

Correta a alternativa C.

O início do citrato auxilia a corrigir a hipocitratúria; manter a ingestão recomendada de cálcio é fundamental para evitar hiperoxalúria, como vimos na alternativa A; a dieta hipossódica é recomendada para pacientes com litíase, pois há uma relação entre ingestão elevada de sódio e aumento da calciúria.

Incorreta a alternativa D. A hidroclorotiazida auxilia na reabsorção tubular de cálcio e é uma estratégia farmacológica interessante para reduzir a calciúria e elevar o consumo de água dilui os solutos da urina e reduz a chance de cristalização; a ingestão elevada de proteínas, no entanto, aumenta a concentração urinária de ácido úrico e reduz o pH urinário, o que predispõe à formação de cálculos.

04 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Psiquiatria - Prof. Thales Thaumaturgo) Paciente de 55 anos, agricultor, foi levado por colegas de trabalho à UPA após ser encontrado desacordado no meio da plantação de milho, onde recentemente havia sido pulverizado defensivos agrícolas.

Em uma avaliação inicial do paciente, observa-se bradicardia, broncorreia, sudorese profusa, tremores, dor abdominal e miose bilateral. Diante dessa situação, você desconfia de intoxicação exógena e trata-o utilizando o seguinte antídoto:

- A) naloxona.
- B) flumazenil.
- C) atropina.
- D) N-acetilcisteína.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, a síndrome colinérgica é causada pela inibição da acetilcolinesterase, enzima responsável pela degradação da acetilcolina. Com o acúmulo da acetilcolina, há o aumento do tônus colinérgico no sistema nervoso central, periférico e autônomo, devido à hiperestimulação dos receptores muscarínicos e nicotínicos.

O acúmulo de acetilcolina pode causar sintomas como miose, broncorreia, sialorreia, diarreia, fasciculações, convulsões e rebaixamento do nível de consciência.

Os principais responsáveis são os tóxicos carbamatos e organofosforados, presentes em defensivos agrícolas, mas também encontrados frequentemente em raticidas, chamados popularmente de “chumbinho”.

Seu tratamento é feito com uso de atropina, um anticolinérgico, droga de primeira linha. Pralidoxima, uma reativadora da acetilcolinesterase, é droga de segunda linha.

Vamos às alternativas!



Fonte: Shutterstock. / Artista: GoodStudio.

Incorreta a alternativa A: naloxona é um antídoto opioide, utilizado para intoxicações por drogas como morfina, heroína, codeína e fentanil, que causam depressão respiratória, hipotensão e miose.

Incorreta a alternativa B: o flumazenil está indicado para casos graves de intoxicações por benzodiazepínicos ou drogas Z, que normalmente causam rebaixamento do nível de consciência, depressão respiratória, hipotensão e hipotermia, mas não provocam miose, como vimos na questão.

Correta a alternativa C: correta, conforme discutido na introdução.

Incorreta a alternativa D: após superdosagem aguda por paracetamol, os principais sintomas são anorexia, náuseas e vômitos. Um a dois dias depois, a insuficiência hepática pode tornar-se evidente e esse é o principal risco. Doses superiores a 200 mg/kg em crianças, e 8-10 g em adultos são consideradas potencialmente hepatotóxicas. A N-acetilcisteína é a abordagem nos casos de intoxicações por acetaminofeno, o paracetamol, devendo ser administrada no menor tempo possível.

05 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Endocrinologia - Prof. Larissa Costa) Que paciente abaixo pode ser considerado portador de síndrome metabólica apenas com as informações fornecidas, segundo os critérios da NCEP/ATPIII de 2001?

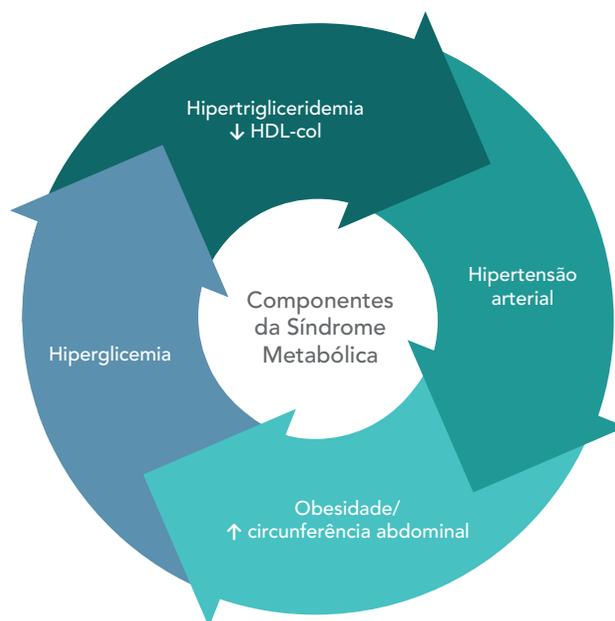
- A) Carla, 32 anos, tabagista ocasional, IMC 27 kg/m², CA 86cm, glicemia de jejum 96 mg/dL, PA 140 x 90 mmHg, LDL 180mg/dL.
- B) Jorge, 45 anos, etilista social, hipertenso em uso de losartana 50 mg 2 cp/dia, IMC 24,7 kg/m², CA 104 cm, PA 120 x 80 mmHg, HDL colesterol 27 mg/dL, triglicerídeos 253 mg/dL, glicemia de jejum 115mg/dL.
- C) Fernando, 58 anos, etilista social, pai com histórico de AVCi, IMC 26,4 kg/m², CA 107 cm, glicemia de jejum 96 mg/dL, PA 129 x 70 mmHg, LDL 157 mg/dL.
- D) Júlia, 27 anos, IMC 24 kg/m², glicemia de jejum 90 mg/dL, PA 117 x 65 mmHg, HDL colesterol 57 mg/dL, triglicerídeos 134 mg/dL.

COMENTÁRIOS:

Correta a alternativa B.

A síndrome metabólica é um distúrbio multifatorial que leva ao aumento de doenças cardiovasculares e de estados pró-trombóticos e maior progressão para diabetes *mellitus* tipo 2. É associada à obesidade, principalmente àquela com adiposidade visceral, sendo uma das principais características a presença de resistência à insulina; além disso, ocorre aumento de ácidos graxos livres circulantes e hiperativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona.

É importante que você se lembre de quais são os componentes da síndrome metabólica para que possa aprender de forma mais intuitiva os critérios diagnósticos.



Entre os critérios diagnósticos, temos 3 principais: da OMS, IDF e da NCEP/ATPIII de 2001. O que mais cai em prova é o da NCEP ATP3. É importante ressaltar que, em 2005, houve uma atualização no valor de corte da glicemia de jejum, que passou a ser ≥ 100 mg/dL, porém a maioria das provas continua cobrando o ponto de corte de ≥ 110 mg/dL, estabelecido em 2001.

Veja, a seguir, os critérios diagnósticos:

	OMS 1999	IDF 2006	NCEP/ATP III 2001
OBRIGATÓRIO	Resistência à insulina, intolerância à glicose ou diabetes <i>mellitus</i> e ≥ 2 critérios	Circunferência abdominal e ≥ 2 critérios	≥ 3 critérios
Circunferência abdominal / IMC	Relação cintura/quadril $> 0,9$ (homens) ou $> 0,85$ (mulheres) ou IMC ≥ 30 kg/m ²	CA ≥ 94 cm (homens) ou ≥ 80 cm (mulheres) Homens asiáticos: CA ≥ 90 cm	CA ≥ 102 cm (homens) ou ≥ 88 cm (mulheres)
Glicose	Resistência à insulina, intolerância à glicose ou diabetes <i>mellitus</i>	≥ 100 mg/dL	≥ 110 mg/dL
Pressão arterial	$\geq 140 \times 90$ mmHg	$\geq 130 \times 85$ mmHg ou em tratamento	$\geq 130 \times 85$ mmHg ou em tratamento
Triglicerídeos	≥ 150 mg/dL	≥ 150 mg/dL ou em tratamento	≥ 150 mg/dL ou em tratamento
HDL-c	< 35 mg/dL (homens) ou < 40 mg/dL (mulheres)	< 40 mg/dL (homens) ou < 50 mg/dL (mulheres)	< 40 mg/dL (homens) ou < 50 mg/dL (mulheres)
Outros	Microalbuminúria ≥ 30 mg/g de creatinina		

Uma pegadinha muito comum em prova e em que você não pode cair: **LDL-colesterol não faz parte dos critérios diagnósticos de SM!!**

- A) Carla, 32 anos, tabagista ocasional, IMC 27 kg/m², CA 86 cm, glicemia de jejum 96 mg/dL, PA 140 x 90 mmHg, LDL 180 mg/dL.
A paciente acima, apesar de possuir sobrepeso pelo IMC, fecha apenas 1 critério de SM (hipertensão). Lembre-se: LDL não é critério diagnóstico!
- B) Jorge, 45 anos, etilista social, hipertenso em uso de losartana 50 mg 2 cp/dia, IMC 24,7 kg/m², CA 104 cm, PA 120 x 80 mmHg, HDL colesterol 27 mg/dL, triglicérides 253 mg/dL, glicemia de jejum 115mg/dL.
Correta. O paciente fecha 4 critérios de SM: circunferência abdominal (> 102 cm), HDL colesterol < 30 mg/dL, glicemia de jejum ≥ 110 mg/dL e triglicérides ≥ 150 mg/dL. A partir de 3 critérios, podemos realizar o diagnóstico de SM.
- C) Fernando, 58 anos, etilista social, pai com histórico de AVCi, IMC 26,4 kg/m², CA 107 cm, glicemia de jejum 96 mg/dL, PA 129 x 70 mmHg, LDL 157 mg/dL.
Incorreta. O paciente fecha apenas 1 critério (CA ≥ 102 cm).
- D) Júlia, 27 anos, IMC 24 kg/m², glicemia de jejum 90 mg/dL, PA 117 x 65 mmHg, HDL colesterol 57 mg/dL, triglicérides 134 mg/dL.
Incorreta. Paciente não fecha nenhum critério para SM.

06 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Pneumologia - Prof. Juan Demolinari) Mulher, 68 anos, com diagnóstico de DPOC, ex-tabagista com carga tabágica de 80 maços-ano, comparece em consulta de seguimento com queixa de dispneia persistente, parando para respirar ao subir um lance de escadas. Nega dispneia em repouso, tosse e febre. Relata internação há 6 meses por dispneia importante. Faz uso regular de vilanterol e umeclidínio.

Sobre as orientações do documento GOLD 2024, com relação a essa paciente, **NÃO** está formalmente indicada na DPOC a seguinte vacina:

- A) anti-influenza.
B) vírus sincicial respiratório.
C) zóster.
D) dengue.

COMENTÁRIO:

Estamos diante de uma questão que aborda um tema ainda pouco explorado quando o assunto é DPOC. Sabemos que o documento GOLD é a grande referência mundial que envolve as recomendações acerca dessa doença. Sendo assim, é de fundamental importância que nos atentemos a suas modificações.

Um tema recorrente em termos de modificações é a vacinação. Cabe aqui ressaltar que a única vacina que tem efeito comprovado em redução de mortalidade é a anti-influenza, porém existem outras diversas que também são recomendadas. Podemos observá-las a seguir:

VACINAÇÃO NO PORTADOR DE DPOC ESTÁVEL

1. Anti-influenza (gripe): para todos os portadores de DPOC. Reduz exacerbação e óbito. Frequência: anual.
2. Antipneumocócica polivalente (pneumo 13 e pneumo 23): para todos ≥ 65 anos. A pneumo 23 está indicada também para pacientes mais jovens portadores de DPOC com comorbidades. Deve-se esperar um intervalo de pelo menos cinco anos entre a primeira e a segunda dose.
3. Covid-19: a recomendação é a de que os pacientes com DPOC devem seguir as orientações conforme as agências de saúde locais.
4. DT: recomenda-se a vacinação contra o pertússis em pacientes com DPOC que não tenham sido vacinados na adolescência.
5. Zóster: a vacina contra varicela-zóster é recomendada para pacientes com DPOC e mais de 50 anos.
6. Vírus sincicial respiratório: a vacina é recomendada para indivíduos com mais de 60 anos.

Diante disso, vamos às alternativas:

Correta a alternativa A: como vimos, a vacina anti-influenza deve ser dada anualmente nessa população.

Correta a alternativa B: recentemente, o documento GOLD incorporou a vacina para VSR nas recomendações de pacientes com DPOC.

Correta a alternativa C: a vacina para zóster é indicada em indivíduos acima de 50 anos.

Incorreta a alternativa D:

a vacina para dengue ainda não foi incorporada entre as recomendações do GOLD, porém a DPOC não é uma doença que contraindica seu uso.

07 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Gastroenterologia – Prof. Élio Castro) Uma mulher de 33 anos é investigada por anemia ferropriva, associada a episódios de dor e distensão abdominal intermitentes. Refere perda de peso nos últimos 2 meses, além do surgimento recente de nódulos subcutâneos dolorosos e avermelhados nos tornozelos. Exames laboratoriais revelam: Hb = 10,2 g/dL, leucócitos = 12.900/mm³, VHS = 80 mm/h (ref: até 20 mm/h), PCR = 8,2 (ref: até 1 mg/dL), TGO = 32 U/L (ref: até 33 U/L), TGP = 28 (ref: até 35 U/L), Ur = 19 mg/dL (ref: até 23 mg/dL), Cr = 0,8 mg/dL (ref: até 1,0 mg/dL). Realizou endoscopia digestiva alta (EDA) e colonoscopia, ambos normais. Qual é o diagnóstico mais provável e o próximo exame para investigação complementar?

- A) Síndrome do intestino irritável. Nenhum exame se faz mais necessário.
- B) Doença celíaca. Dosagem dos autoanticorpos antitransglutaminase e antiendomísio.
- C) Retocolite ulcerativa. Deve ser submetida à endoscopia por cápsula endoscópica.
- D) Doença de Crohn. Deve ser submetida à enterografia por ressonância.

COMENTÁRIOS:

No caso clínico em questão, uma mulher de 37 anos apresenta anemia ferropriva associada a episódios de dor e distensão abdominal intermitentes. Além disso, a presença de perda de peso recente e nódulos subcutâneos dolorosos e avermelhados nos tornozelos reduz as hipóteses diagnósticas a algumas poucas etiologias específicas. Os exames laboratoriais revelam valores anormais de hemoglobina, leucócitos, VHS e PCR elevados, indicando uma inflamação sistêmica. A realização de endoscopia digestiva alta e colonoscopia com resultados normais ressalta a necessidade de considerar que a doença esteja no intestino delgado.

A anemia ferropriva é um sinal importante a ser explorado, juntamente com a presença de nódulos subcutâneos, acometimento do trato gastrointestinal e sinais inflamatórios. Nesse contexto, a hipótese diagnóstica mais provável direciona-se para uma das doenças inflamatórias intestinais, apresentando o eritema nodoso com manifestação extraintestinal. E agora, qual delas você deve considerar, doença de Crohn ou retocolite ulcerativa? Vamos continuar essa discussão enquanto avaliamos as alternativas:

Incorreta a alternativa A: caracteristicamente, a síndrome do intestino irritável provoca sintomas como dor abdominal e alteração do ritmo intestinal, mas sem provocar sintomas orgânicos ou sistêmicos, como anemia, perda de peso e alteração nos marcadores inflamatórios. Portanto, sempre que houver a presença de algum sinal de alarme ou alterações objetivas nos exames laboratoriais, você não deve considerar, como hipótese, nenhuma doença funcional.

Incorreta a alternativa B: a doença celíaca, apesar de também se associar a sintomas gastrointestinais, especialmente distensão abdominal, diarreia e até mesmo anemia, não justificaria plenamente os achados clínicos descritos, especialmente o eritema nodoso e o aumento dos marcadores inflamatórios, que geralmente são normais na doença celíaca.

Incorreta a alternativa C: a retocolite ulcerativa, caracterizada por intensa inflamação da mucosa intestinal, afetando predominantemente o cólon e o reto, deveria ter sido vista na colonoscopia. Portanto, se a suspeita recai sobre uma doença do intestino delgado, devemos descartar a RCU como hipótese diagnóstica, já que ela é restrita ao cólon.

Correta a alternativa D:

alguns aspectos desse caso clínico são característicos da doença de Crohn. Veja, como essa doença pode afetar qualquer topografia do trato digestivo (da boca ao ânus), ela pode se localizar em um segmento do intestino delgado inalcançável pela endoscopia e pela colonoscopia. Nesse segmento acometido, pode provocar intensa inflamação e estenose da alça intestinal. Isso pode provocar, além de anemia, quadros de dor abdominal e distensão (em consequência da suboclusão). Do ponto de vista epidemiológico, o quadro também é compatível, já que o principal pico diagnóstico da doença de Crohn ocorre em adultos jovens (muitas vezes abaixo dos 30 anos de idade). Além disso, os exames laboratoriais sugerem uma inflamação sistêmica (aumento dos leucócitos, VHS e PCR), o que também é altamente sugestivo de doença inflamatória intestinal em atividade. A enterografia por ressonância é um exame ideal para visualizar o intestino delgado, avaliando critérios como espessamento da parede intestinal, áreas de estenose, ingurgitação vascular e aumento de linfonodos.

08 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Hepatologia – Prof. Élio Castro) Jovem de 17 anos, 70 kg, portador de um transtorno de saúde mental não especificado, é levado ao pronto-socorro com relato de ter ingerido mais de 30 comprimidos de paracetamol 750 mg há 2 dias. Os familiares referem que ele passou a sentir forte dor abdominal e vômitos. Desde hoje pela manhã, está com pele amarelada e mais sonolento do que o habitual. Os exames complementares de entrada revelam TGO: 847 U/L e TGP: 1.180 U/L, FA: 214 U/L, GGT: 478 U/L, bilirrubinas totais: 4,5 mg/dL, INR: 2,1, albumina: 3,9 g/dL, Ur: 82 mg/dL, Cr: 1,4 mg/dL, Hb: 11,9 g/dL, leucócitos: 11.215/mm³, plaquetas: 211.000/mm³. Não há história de doença hepática prévia e o paciente tem vacinação completa para o vírus da hepatite B. Sobre esse caso, marque a alternativa correta.

- A) A dose hepatotóxica do paracetamol é atingida quando se ingere acima de 20 g/dia da medicação. Está indicado o uso de carvão ativado e barbitúricos para aumentar sua metabolização hepática.
- B) O paciente tem o diagnóstico de insuficiência hepática aguda pela elevação do INR e da bilirrubina, mas ainda não tem critérios para hepatite fulminante, pois os níveis de albumina e plaquetas ainda são normais.
- C) O paciente já tem critérios para insuficiência hepática aguda e hepatite fulminante, devendo ser avaliado pela equipe de transplante hepático.
- D) Os principais preditores de gravidade nesse caso são os níveis de transaminases superiores a 10 vezes o limite superior da normalidade.

COMENTÁRIOS:

A intoxicação por paracetamol é uma das causas mais comuns de falência hepática aguda em todo o mundo. A toxicidade do paracetamol é decorrente da sobrecarga hepática com seus metabólitos tóxicos, em especial por N-acetil-p-benzoquinona imina (NAPQI), que, em excesso, pode causar necrose hepatocelular aguda, levando à insuficiência hepática em 24 a 48 horas. A dose tóxica de paracetamol varia dependendo da situação clínica, mas geralmente é considerada a ingestão de mais de 150 mg/kg/dia em adultos.

No caso em questão, após a ingestão de 22,5 g de paracetamol, um jovem passou a apresentar sintomas gastrointestinais, icterícia e alterações do nível de consciência (sonolência) após cerca de 48 horas da ingestão excessiva. A elevação acentuada das transaminases (TGO e TGP) são sinais inequívocos de lesão hepatocelular, embora não sejam marcadores de gravidade ou de insuficiência hepática. Devemos estar atentos aos exames laboratoriais que sinalizam perda aguda da função hepática, como o aumento da bilirrubina e alteração do coagulograma (TAP/INR).

O antídoto específico para a intoxicação por paracetamol é a N-acetilcisteína. Essa droga é administrada para prevenir os danos hepáticos graves causados pelos metabólitos tóxicos do paracetamol, particularmente o NAPQI. Os esquemas de administração são os seguintes:

- Dose de ataque — 140 mg/kg de N-acetilcisteína (ou uma dose fixa de 12,5 g para adultos) administrada inicialmente, seguida por:
- Dose de manutenção — 70 mg/kg (ou uma dose fixa de 6,25 g para adultos) a cada 4 horas, por um total de 17 doses.

Agora, vamos à discussão das alternativas:

Incorreta a alternativa A. A dose tóxica do paracetamol é atingida, em adultos, quando há ingestão superior a 150 mg/kg/dia, ou seja, para alguém de 70 kg, essa dose é atingida com ingestão superior a 10,5 g em um único dia. Perceba que o paciente ingeriu mais do que o dobro da dose tóxica para seu peso. Em relação ao carvão ativado, essa medicação é geralmente utilizada para desintoxicação em casos de ingestão de certas substâncias (especialmente produtos de limpeza, solventes ou pesticidas), mas, no caso específico de intoxicação por paracetamol, sua eficácia não está estabelecida. Os barbitúricos não estão indicados.

Incorreta a alternativa B. Definimos insuficiência hepática aguda quando há sinais de perda de função em paciente sem hepatopatia prévia. Os principais marcadores são a hiperbilirrubinemia e a discrasia (alargamento do tempo de protrombina ou INR), pois esses dois exames se alteram rapidamente diante de uma disfunção hepática, enquanto a albumina levaria mais de 20 dias para reduzir seus níveis séricos. Já a hepatite fulminante é um quadro ainda mais grave, tendo como grande “marco” a presença de encefalopatia hepática. Portanto, albumina e plaquetas não entram no critério diagnóstico da hepatite fulminante, mas, sim, a presença de alterações do nível de consciência.

Correta a alternativa C. Se o paciente tiver insuficiência hepática aguda (IHA), ele deverá ser manejado em um centro de terapia intensiva, sempre objetivando tratar o fator causal e oferecer terapia de suporte. No entanto, se já tiver o diagnóstico de HF (presença de encefalopatia), a conduta exige avaliação da equipe de transplante hepática, pois essa pode ser a única forma de salvar a vida do paciente. O paciente do caso clínico tem aumento de bilirrubina e INR (IHA), além de já ter alterações do nível de consciência (sonolência excessiva), o que já pode demonstrar a evolução para hepatite fulminante, necessitando de avaliação da equipe de transplante hepático.

Incorreta a alternativa D. Embora as transaminases demonstrem a intensidade do processo inflamatório (lesão hepatocelular), não servem como marcadores de gravidade, pois não quantificam a perda de função hepática ou estratificam o risco de morbimortalidade. Nesse caso, os principais exames são as bilirrubinas, TAP/INR e a presença de encefalopatia, como já foi dito. Lembre-se de que albumina não é um bom exame para avaliar disfunção aguda, pois sua meia-vida é superior a 20 dias, permanecendo normal nos quadros agudos.

09 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Infectologia - Prof. Sérgio Beduschi Filho) Paciente masculino, 55 anos, em tratamento com oxacilina para endocardite infecciosa por *Staphylococcus aureus* (suscetível à meticilina) há 10 dias, apresenta dor intensa na região lombar, associada a piora progressiva da força muscular dos membros inferiores. Ao exame neurológico, há sinais de compressão medular. A ressonância magnética da coluna vertebral revela a presença de um abscesso epidural. Diante desse quadro clínico, que seguinte opção representa a melhor conduta a ser tomada?

- A) Trocar oxacilina por vancomicina.
- B) Manter antibioticoterapia e realizar drenagem cirúrgica.
- C) Repetir exame de imagem em sete dias.
- D) Analgesia e repouso absoluto.

COMENTÁRIO:

O abscesso epidural pode localizar-se no espaço epidural craniano ou espaço epidural medular em que ele ocorre, principalmente nas regiões torácicas e lombares. Deriva geralmente de uma infecção remota (por exemplo: endocardite infecciosa, abscessos dentários ou infecções de pele e partes moles) ou contígua (como nos casos de úlceras de pressão e osteomielite vertebral), sendo causado mais comumente pelo *S. aureus*. Ele poderá apresentar-se como uma dor lombar local de padrão radicular que piora à percussão vertebral. Em casos graves, quando há compressão da medula espinhal, pode haver paresia de membros e déficit focal completo. Seu tratamento é urgente, cirúrgico e aliado à antibioticoterapia, visando à descompressão do canal medular.

Incorreta a alternativa A. Essa alternativa não é a mais apropriada neste momento. A vancomicina é um antibiótico utilizado em casos de infecções por *Staphylococcus aureus* metilino-resistentes (MRSA) ou quando há alergia à penicilina. No entanto, como o paciente já está em tratamento com oxacilina e o *Staphylococcus aureus* é suscetível a ela, a troca para vancomicina não seria indicada neste momento. A falha terapêutica ocorre pela formação do abscesso, que deve ser drenado, e não por resistência bacteriana.

Correta a alternativa B.

Essa é a conduta mais adequada para o tratamento do abscesso epidural. A antibioticoterapia deve ser mantida para continuar o tratamento, enquanto a drenagem cirúrgica do abscesso epidural é essencial para aliviar a compressão sobre a medula espinhal e prevenir danos neurológicos permanentes, além de remover o foco infeccioso.

Incorreta a alternativa C. O paciente já apresenta sinais de compressão medular e piora progressiva dos sintomas neurológicos, indicando a necessidade de intervenção imediata. Adiar o tratamento com base em um novo exame de imagem não seria correto.

Incorreta a alternativa D. Essa opção não aborda a causa subjacente do abscesso epidural, que é a infecção decorrente da endocardite infecciosa. O tratamento com analgesia e repouso não resolve o problema subjacente nem evita danos neurológicos progressivos.

10 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Hematologia - Prof. Hugo Brisolla) Mulher de 27 anos, previamente hígida, busca atendimento por quadro de cansaço excessivo. Ao exame físico, apresenta-se descorada 2+/4+ e icterícia +/4+. Laboratório mostra Hb: 8,5g/dL, reticulócitos aumentados e teste da antiglobulina direta positivo. Qual é o provável diagnóstico?

- A) Hepatite autoimune.
- B) Púrpura trombocitopênica trombótica.
- C) Púrpura trombocitopênica imune.
- D) Anemia hemolítica autoimune.

COMENTÁRIO

Você se lembra do teste da antiglobulina direta, Estrategista? Talvez você conheça o TAD por seu outro nome: teste de Coombs direto. Esse é um exame que verifica se há anticorpos ligados à superfície das hemácias do paciente, sendo usado principalmente para o diagnóstico da anemia hemolítica autoimune (AHAI). Se tivermos um TAD positivo, com alterações laboratoriais sugestivas de hemólise, está firmado o diagnóstico de AHAI!

Note que é justamente esse o quadro de nossa paciente. Ela apresenta anemia, uma vez que os níveis normais de hemoglobina de uma mulher não gestante devem ser acima de 12 g/dL. Provavelmente, é uma anemia hemolítica, uma vez que a contagem reticulocitária está aumentada: os reticulócitos são as hemácias jovens recém-saídas da medula óssea, sendo liberadas justamente em resposta a uma perda periférica de hemácias (como por hemólise). A própria icterícia da paciente indica a presença de hemólise, uma vez que estados hemolíticos cursam com aumento da bilirrubina indireta (produto de degradação da hemoglobina).

Por fim, o TAD positivo não nos deixa dúvida: estamos diante de uma AHAI. Vamos buscar isso nas alternativas?

Incorreta a alternativa A: nossa paciente até apresenta icterícia, mas provavelmente é uma icterícia às custas de bilirrubina indireta, afinal a contagem de reticulócitos aumentada indica hemólise.

Incorreta a alternativa B: a PTT é uma anemia hemolítica microangiopática resultante da deficiência de uma protease chamada ADAMTS13. Cursa com uma pênade de manifestações clássicas, não encontrada em nossa paciente: anemia hemolítica microangiopática (presença de esquizócitos), plaquetopenia, febre, insuficiência renal leve e sintomas neurológicos.

Incorreta a alternativa C: a PTI é uma condição autoimune em que há produção de anticorpos contra as plaquetas do próprio paciente. Cursa apenas com plaquetopenia, não sendo típico o achado de anemia.

Correta a alternativa D: guarde essa informação, Estrategista! O TAD positivo está muito associado à anemia hemolítica autoimune (ainda que não patognomônico, por apresentar muitos falso-positivos) e esse teste sempre deve ser solicitado na investigação de anemias hemolíticas.

CIRURGIA GERAL

11 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Ortopedia - Prof. David Nordon) Paciente do sexo feminino, 22 anos, vítima de acidente moto x caminhão, é trazida ao pronto-socorro em prancha rígida com colar cervical. Apresenta, à avaliação do ATLS, A: vias aéreas pérvias; B: murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem ruídos adventícios, frequência respiratória de 22; C: PA de 70 x 40 mmHg, frequência cardíaca de 132, pelve instável, abdome inocente; D: pupilas isofotorreagentes, Glasgow 13; E: sem outras lesões. Já feita infusão de dois litros de ringer lactato por acesso venoso periférico.

Sobre essa paciente, o passo mais importante a seguir é:

- A) radiografia de bacia.
- B) reposição volêmica com hemoderivados.
- C) estabilização da pelve com lençol.
- D) fixação interna da bacia.
- E) FAST.

COMENTÁRIOS:

Discussão da questão

O que o examinador quer saber com essa pergunta?

Essa pergunta exige conhecimentos sobre condutas no paciente em choque em bacia instável.

Dados da questão:

O paciente encontra-se: hipotenso e taquicárdico, portanto em choque.

À avaliação da bacia, há sinais de pelve instável e provável fratura de fêmur.

O que você precisa saber para responder a essa pergunta?

A fratura da bacia é uma das fraturas mais graves da ortopedia e a única efetivamente capaz de causar morte do paciente. A mortalidade varia de 10% a 50% dos pacientes e está diretamente associada à gravidade do trauma.

A principal causa de sangramento é do plexo venoso sacral. Por isso, a APC III é particularmente grave – pois há abertura posterior do anel pélvico, lesando os vasos. Há uma grande elasticidade na pelve, permitindo acomodar até 3 a 4 litros de sangue.

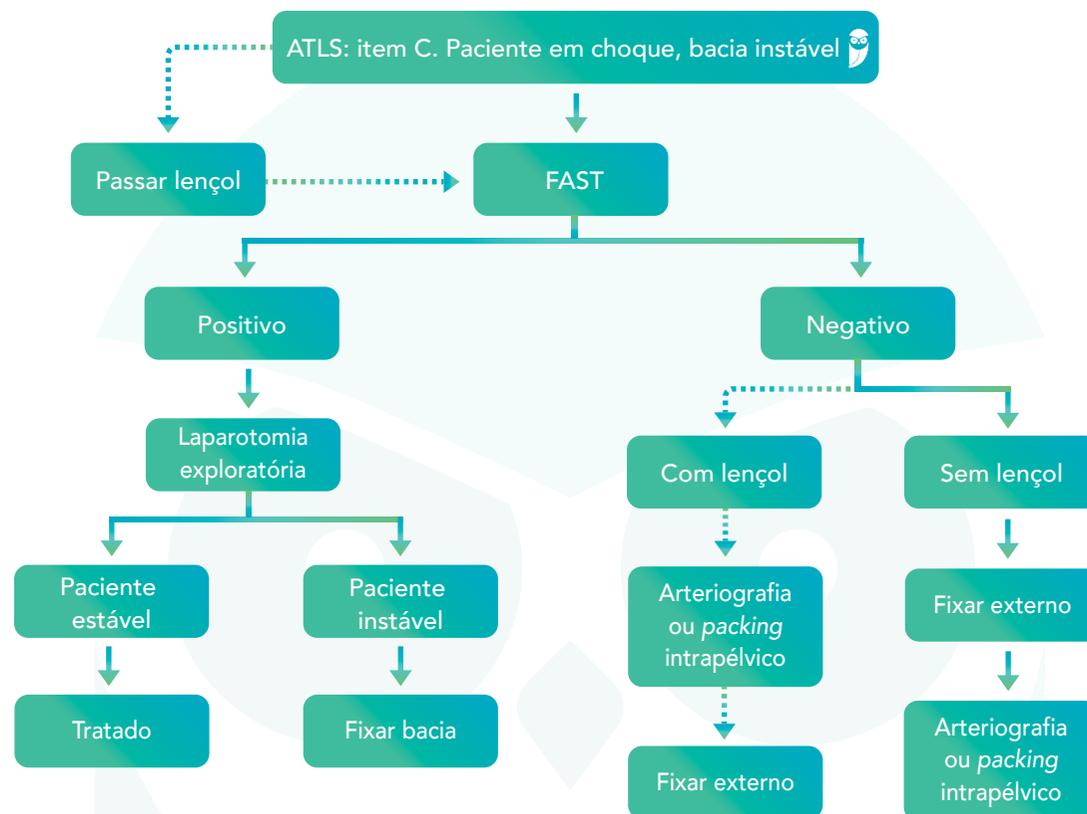
Sendo diagnosticada instabilidade da pelve, deve-se avaliar a estabilidade hemodinâmica do paciente, para indicar a estabilização da pelve, conforme o quadro abaixo:

Paciente/Pelve	Estável	Instável
Estável	Não fixar	Não fixar
Instável	Não fixar	Fixar

No paciente em choque hipovolêmico, além da reposição de fluidos conforme indicação, é realizado o FAST. Um FAST negativo geralmente indica que a lesão do anel pélvico é a responsável pelo choque. Nesses casos, com pelve instável e paciente instável, indica-se a fixação externa da pelve.

Ela deve ser realizada em centro cirúrgico, e o passo intermediário, para estabilizar o paciente até se conseguir fazer a intervenção cirúrgica, é a estabilização provisória da pelve com um lençol.

Entretanto, quando o FAST é positivo, deve-se abordar a causa do sangramento prioritariamente em relação à fixação externa da pelve. Veja o fluxograma a seguir:



Discussão das alternativas:

Incorreta a alternativa A. O exame de imagem da pelve não é uma prioridade nesse paciente, uma vez que o exame clínico permite concluir que se trata de uma bacia instável.

Incorreta a alternativa B. Embora a reposição de hemoderivados seja, de fato, um próximo passo, é necessário estabilizar a bacia para interromper o sangramento, ou o paciente irá, literalmente, exsanguinar.

Correta a alternativa C. A estabilização com lençol é a medida mais rápida e efetiva.

Incorreta a alternativa D. A fixação interna deve ser feita de forma eletiva, com o paciente estabilizado.

Incorreta a alternativa E. O FAST deve ser realizado, sim. Entretanto, enquanto o exame do abdome parece inocente, sabemos que a pelve está instável. Dessa forma, o ideal seria seguir o braço do fluxograma com a estabilização da pelve com lençol inicialmente e, na sequência, realizar o FAST (enquanto se solicitam os hemoderivados).

12 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Cirurgia - Prof. Antonio Rivas) Paciente do sexo masculino de 9 anos de idade foi vítima de queda de bicicleta há 1 hora. Ao exame físico, encontra-se com as vias aéreas pÉrvias, murmúrio vesicular presente, bilateral, simétrico e sem ruídos adventÍcios. Sua frequência cardíaca é de 105 bpm, PA 105 x 70 mmHg, tempo de enchimento capilar < 2 s. O abdome é plano, doloroso à palpação, especialmente em andar superior do abdome, sem irritação peritoneal. Nota-se presença de equimose, conforme a imagem a seguir. Ao exame neurológico, Glasgow 15, pupilas isocÓricas e fotorreagentes, sem lesões adicionais à exposição.

Considerando o mecanismo de trauma, assinale a alternativa correta.



- A) A dosagem de amilase é relevante, pois, na ausência de sua elevação, descartam-se lesões pancreáticas.
- B) O FAST apresenta-se como bom método de avaliação, considerando as vísceras habitualmente acometidas por esse mecanismo.
- C) Na tomografia, a presença de líquido livre na cavidade abdominal, na ausência de lesão de víscera maciça, é um indicador potencial da necessidade de cirurgia.
- D) A ausência de sinais de irritação peritoneal e a estabilidade hemodinâmica permitem que esse paciente receba alta hospitalar, desde que seja devidamente orientado.

COMENTÁRIO:

Estamos diante de uma vítima de queda de bicicleta que apresenta, em seu abdome, um sinal clássico chamado de "marca do guidão". Esse tipo de mecanismo de trauma deve nos remeter imediatamente ao que os *guidelines* americanos chamam de "*handlebar injury*", ou seja, lesões provocadas pelo guidão.

Tipicamente, o trauma provocado pelo guidão promove lesões de duodeno e pâncreas. Portanto, qualquer criança com dor abdominal ou hematomas na parede abdominal, associados a uma lesão por guidão, precisa ser avaliada com cuidado.

Afinal, inicialmente, a queda pode parecer sem importância e paciente pode apresentar-se de forma oligossintomática, mesmo portando lesões importantes.

Incorreta a alternativa A: a dosagem de amilase pode ser um indicador útil no diagnóstico de lesões pancreáticas, particularmente em traumas fechados como o descrito. No entanto, a amilase pode não se elevar imediatamente após a lesão, ou, em alguns casos, pode sequer aumentar. Prova disso é que até 30% dos traumas graves do pâncreas não apresentam elevação da amilase.

Desse modo, a ausência de elevação de amilase não descarta a possibilidade de lesão pancreática, especialmente nas primeiras horas após o trauma. Exames de imagem, como tomografia computadorizada, são mais confiáveis para avaliar lesões pancreáticas em trauma.

Incorreta a alternativa B: o FAST é um exame com acurácia limitada para avaliação do trauma de pâncreas e do duodeno, ou seja, os dois principais órgãos envolvidos nesse mecanismo de lesão.

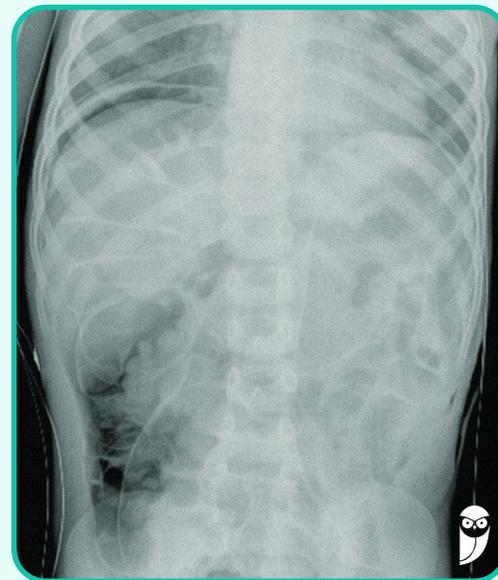
Correta a alternativa C: essa afirmação é verdadeira. Na ausência de lesões de vísceras maciças, a presença de líquido livre na cavidade peritoneal é sugestiva de extravasamento de conteúdo intestinal. Essa hipótese é especialmente válida ao considerarmos esse mecanismo de trauma que, habitualmente, acomete o duodeno.

Incorreta a alternativa D: apesar da estabilidade hemodinâmica inicial e da ausência de sinais de irritação peritoneal, a equimose em '*handlebar sign*' é especialmente preocupante por indicar um impacto direto e uma força significativa, aumentando o risco de lesões intracavitárias, como trauma duodenal e pancreático. Esses pacientes requerem monitoramento e avaliação adicional, incluindo exames de imagem, antes de considerar a alta. Nesse contexto, o exame de escolha é a tomografia computadorizada com contraste endovenoso.

13 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Cirurgia - Prof. Antonio Rivas) Recém-nascido de 38 semanas após 48 horas do nascimento ainda não apresentou eliminação de mecônio e teve 4 episódios de vômitos biliosos. Ao exame físico, apresenta abdome distendido. Foi submetido à radiografia de abdome, conforme a imagem a seguir.

Considerando o diagnóstico provável, assinale a alternativa correta.

- A) Espera-se uma concentração de cloreto no suor maior ou igual a 60 mmol/L.
- B) O tratamento definitivo é o abaixamento de cólon por meio da técnica de Duhamel.
- C) O diagnóstico pode ser confirmado por meio de manometria anorretal.
- D) O tratamento clínico tem pouca eficácia nesses casos.

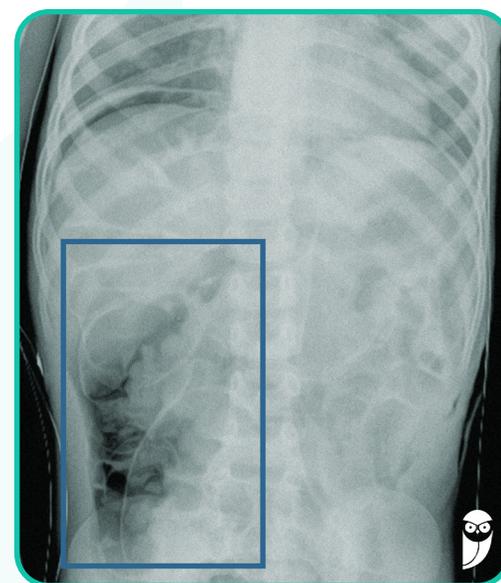


COMENTÁRIOS:

Inicialmente, devemos notar que estamos diante de um quadro de íleo meconial. Os pacientes com essa afecção apresentam três sinais cardinais nas primeiras 24 a 48 horas de vida. São eles:

- distensão abdominal generalizada;
- vômitos biliosos;
- ausência de eliminação do mecônio.

O achado típico desse quadro na radiografia de abdome corresponde a alças de delgado dilatadas, próximas à impaction do mecônio (quadrante inferior direito). A presença do mecônio espesso misturado com gás de permeio no quadrante inferior direito apresenta-se à radiografia com aspecto de “vidro triturado” ou “bolha de sabão”, como podemos observar no quadrante inferior direito da imagem apresentada.



Agora, vamos avaliar, separadamente, cada uma das alternativas.

Correta a alternativa A:

o íleo meconial é uma forma de obstrução intestinal perinatal que ocorre quase que exclusivamente em RNs com fibrose cística (FC) - cerca de 80 a 90% dos pacientes com íleo meconial apresentam fibrose cística.

Portanto, espera-se que o teste do suor esteja alterado. Esse teste é considerado o padrão-ouro para o diagnóstico de FC. O teste mede a quantidade de cloreto no suor; níveis elevados indicam fibrose cística. Os valores típicos são:

- Normal: menos de 30 mEq/L.
- Intermediário (zona de dúvida): 30-59 mEq/L.
- Positivo para fibrose cística: 60 mEq/L ou mais.

Incorreta a alternativa B: a cirurgia de Duhamel está indicada para os quadros de aganglionose de cólon (doença de Hirschsprung). Na aganglionose, também há atraso da eliminação de mecônio, entretanto os vômitos, quando presentes, costumam ser tardios e a distensão abdominal não costuma chamar a atenção. Além disso, os achados observados à radiografia incluem distensão intestinal com predomínio no cólon e ausência ou redução de conteúdo gasoso no reto e na região agangliônica.

O padrão de vidro triturado, observado na radiografia da questão, não é característico da doença de Hirschsprung.

Incorreta a alternativa C: a manometria anorretal é um exame utilizado na investigação da doença de Hirschsprung (DH) e, mesmo nesses casos, não faz a confirmação diagnóstica. Lembre-se, a confirmação diagnóstica da DH é feita por meio de biópsia.

Incorreta a alternativa D: no íleo meconial não complicado, o tratamento é feito pela administração retal de substâncias hipertônicas, como a gastrografina, cujo mecanismo de ação consiste na absorção de água para a luz intestinal, fazendo com que o mecônio se torne mais fluido e, conseqüentemente, seja eliminado mais facilmente.

O tratamento conservador do íleo meconial não complicado tem sucesso em até 75% dos casos.

14 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Cirurgia - Prof. Antonio Rivas) Homem de 54 anos, obeso e diabético, refere abaulamento doloroso em região perianal a 10 dias, que, inicialmente, foi tratado com cefalexina pelo médico da unidade básica de saúde. Há 3 dias, o paciente refere dor intensa em toda região perineal, além de febre de até 39,5 °C. Ao exame físico, encontra-se em regular estado geral, taquicárdico, hipotenso e com níveis de lactato elevados. Ao exame físico da região perineal, observa-se hiperemia cutânea e, no escroto, notam-se placas enegrecidas, com saída de secreção com odor fétido, além de edema importante. O paciente foi submetido a uma tomografia, conforme a imagem a seguir.



Em relação ao caso, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) O tratamento inicial foi inadequado e, provavelmente, essa foi a causa da complicação apresentada.
- B) A julgar pelo exame tomográfico, podemos concluir que deve haver crepitação ao exame físico.
- C) O tratamento inicial deve incluir suporte de UTI, antibioticoterapia, hidratação e drogas vasoativas, se necessário.
- D) O desbridamento da área acometida é essencial e deve ser indicado assim que o paciente estiver estável.+

COMENTÁRIOS:

Inicialmente, devemos notar que estamos diante de um quadro de fasciíte necrotizante.

Trata-se de uma infecção extremamente grave, que afeta os tecidos subcutâneos e a fáscia. Em geral, são causadas por flora polimicrobiana ou por estreptococos do grupo A.

As manifestações clínicas comuns incluem sintomas sistêmicos, como a toxemia, com queda do estado geral e febre. No local da lesão, há saída de secreção com odor fétido, necrose cutânea e formação e acúmulo de gás no subcutâneo, que pode ser identificado por meio de crepitação à palpação da área acometida ou por meio de exames de imagem. No caso em tela, podemos notar áreas de partes moles na região perineal, com gás de permeio.

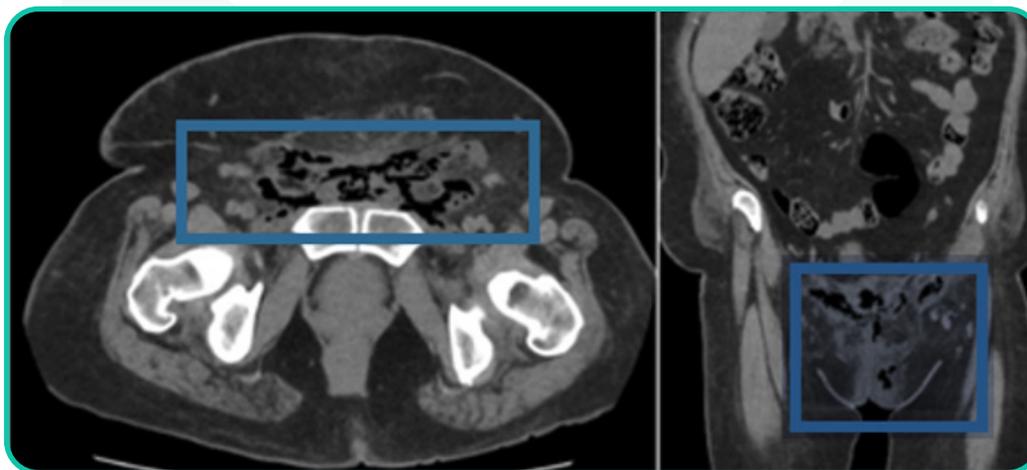
O tratamento desse tipo de infecção consiste em cirurgia de urgência, com debridamento agressivo dos tecidos acometidos e introdução precoce de antibioterapia de amplo espectro, além de suporte hemodinâmico.

Nos casos em que a infecção necrotizante é provocada por bactérias do gênero *Clostridium*, a câmara hiperbárica, como medida suplementar ao tratamento, parece reduzir a mortalidade e deve ser indicada caso esteja disponível.

Dito isso, vamos avaliar separadamente cada uma das afirmativas a seguir.

Correta a alternativa A: ao que tudo indica, o paciente apresentava um abscesso anorretal que não foi drenado. Sabemos que as infecções necrotizantes são uma das principais complicações relacionadas a abscessos anorretais tratados de forma incorreta.

Correta a alternativa B: no exame tomográfico, podemos observar a presença de gás de permeio em toda a região do períneo. A presença de gás dissecando o subcutâneo e a fáscia é sentida como crepitação ao exame físico.



Correta a alternativa C: estamos diante de um paciente com choque séptico, caracterizado pela presença de infecção associada à hipotensão e aumento dos níveis de lactato. Desse modo, devemos proceder com suporte de UTI, antibioticoterapia, hidratação e drogas vasoativas.

Incorreta a alternativa D: cuidado! Nas infecções necrotizantes, o debridamento deve ser realizado o quanto breve possível. Afinal, a antibioticoterapia, de forma isolada, não é capaz de debelar o processo infeccioso. Portanto, não devemos esperar a estabilidade hemodinâmica para procedermos com o debridamento cirúrgico das áreas infectadas.

15 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Cirurgia - Prof. Antonio Rivas) Homem de 35 anos apresentou quadro de insuficiência respiratória após episódio de infecção por SARS-CoV-2, com necessidade de internação em UTI e ventilação mecânica. Quatro semanas após sua alta hospitalar, o paciente procura o pronto atendimento referindo novo episódio de dispneia, associada a estridor respiratório. Ao exame físico, está em regular estado geral, FC 102, FR28, saturação de O₂ 89% em ar ambiente. Na ausculta pulmonar, apresenta MV+ bilateralmente diminuído com roncos de transmissão intensos.

Considerando o caso em tela, qual é a melhor conduta?

- A) Intubação orotraqueal e contato imediato com equipe assistente de pneumologia.
- B) Corticoterapia, inalação com adrenalina, máscara de O₂ e contato com a equipe de cirurgia torácica.
- C) Traqueostomia, ventilação por pressão positiva e contato com a equipe de cirurgia torácica.
- D) Corticoterapia, inalação com salbutamol, máscara de O₂, tomografia e contato com equipe assistente de pneumologia.

COMENTÁRIOS:

Diante de um quadro de dispneia, com estridor ou cornagem, em um paciente com histórico de intubação prolongada, devemos sempre levantar a hipótese de estenose de traqueia.

Sabe-se que a intubação prolongada é o principal fator de risco para a estenose traqueal. Os 3 principais pontos acometidos pela lesão secundária à posição do tubo são:

- região da glote/subglote por compressão direta da cânula;
- região da traqueia média pela compressão direta exercida pelo balonete;
- região da traqueia distal por lesão provocada pela ponta da cânula.

Os sintomas tipicamente surgem após 1 a 6 semanas subsequentes à extubação e incluem dispneia de caráter progressivo e estridor respiratório.

Diante desse quadro, estão indicadas medidas de suporte, que incluem corticoterapia e inalação com adrenalina e oxigênio, além da consulta imediata a um cirurgião torácico.

Para a realização do diagnóstico topográfico da estenose, está indicada a tomografia de laringe e traqueia, além de broncoscopia. A conduta terapêutica apropriada deve ser tomada após o estudo topográfico da estenose.

Incorreta a alternativa A: a intubação orotraqueal não é uma conduta trivial nos pacientes com estenose laringotraqueal e, caso seja efetivamente necessária, deve ser feita por um especialista (cirurgião torácico), em centro cirúrgico com auxílio de broncoscopia.

A tentativa de intubação às cegas pode traumatizar a região estenótica, produzindo edema local e agravando ainda mais o desconforto respiratório, podendo resultar em um evento catastrófico.

Correta a alternativa B: a alternativa B contempla o pacote de medidas mais adequado diante de um quadro de estenose de traqueia.

Incorreta a alternativa C: nos casos em que há necessidade de ostomia, esse procedimento deve ser indicado após o diagnóstico topográfico da estenose. Uma cricotireoidostomia ou uma traqueostomia não surtirão efeito em uma estenose de traqueia distal. Portanto, a primeira conduta é a estabilização do paciente seguida da identificação da topografia da estenose e avaliação de um especialista.

Incorreta a alternativa D: os broncodilatadores inalatórios não possuem efeito sobre os sintomas secundários à estenose de traqueia. Além disso, a avaliação da pneumologia devia ser considerada caso houvesse suspeita de afecção pulmonar clínica.

Como o diagnóstico é de estenose de traqueia, a avaliação e o manejo devem ser feitos por um cirurgião torácico.

16 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Gastroenterologia – Prof. Élio Castro) Homem de 50 anos, etilista de longa data, diabético e hipertenso, já teve 2 episódios prévios de pancreatite aguda, o último há pouco menos de 2 meses. Ficou internado por quase 2 semanas, mas, segundo a família, voltou a ingerir bebida alcoólica após a alta hospitalar. Retorna com quadro de inapetência, plenitude, recidiva da dor abdominal e dificuldade em se alimentar. Os exames revelam Hb: 11,2 g/dL, leucócitos: 15.900/mm³, plaquetas: 210.000/mm³, amilase: 243 U/L (ref: até 110 U/L), lipase: 291 (ref: até 160 U/L), TGO: 113 (ref: até 39 U/L), TGO: 88 (ref: até 41), INR: 1,1, bilirrubinas totais: 1,3 mg/dL, Ur: 81 mg/dL, Cr: 1,3 mg/dL. Foi solicitada tomografia computadorizada, que revelou a imagem a seguir:



Diante da hipótese diagnóstica mais provável, qual é a conduta mais indicada?

- A) Início imediato de antibióticos, preferencialmente da classe dos carbapenêmicos (como meropenem).
- B) Tratamento cirúrgico para derivação do trânsito alimentar.
- C) Drenagem transgástrica por endoscopia.
- D) Colecistectomia de urgência.

COMENTÁRIOS:

Perceba que esse homem tem uma das etiologias mais comuns de pancreatite aguda, o etilismo, motivo pelo qual já foi internado mais de uma vez com pancreatite. Quando recebemos um caso assim, devemos nos perguntar se poderia ser um novo episódio de pancreatite, uma hepatite alcoólica aguda ou outra doença relacionada ao quadro. Pois bem, perceba que, apesar da dor abdominal, as enzimas pancreáticas não estão elevadas mais de 3 vezes o limite superior da normalidade, o que descarta novo quadro agudo de pancreatite. Além disso, embora haja aumento de aminotransferases, esse não é um aumento tão importante ao ponto de considerarmos uma hepatite alcoólica aguda grave, além do que, a bilirrubina e o INR estão normais, algo bastante tranquilizador, já que esses dois exames são os mais sensíveis para detectar precocemente uma insuficiência hepática aguda.

Portanto, o método de imagem revelará a informação mais importante para definirmos o diagnóstico e conduta do quadro. O que nos mostra a TC de abdome? Esse exame revela uma grande coleção encapsulada, com conteúdo heterogêneo, na topografia do corpo e cauda pancreáticos. Como o conteúdo é heterogêneo, não dá para descartar a presença de necrose associada à coleção. Essa coleção rechaça o estômago anteriormente, comprometendo sua distensibilidade, possivelmente justificando os sintomas do paciente. Porém, não há bolhas ou gás no interior da coleção, afastando a presença de infecção. Com essas informações em mente, vamos procurar a melhor abordagem terapêutica entre as opções a seguir:

Incorreta a alternativa A: neste caso em específico, não há indicação clara de infecção associada à coleção pancreática, já que não há bolha ou gás no interior da coleção. Portanto, o uso de antibióticos de forma inicial não seria justificado.

Incorreta a alternativa B: não há obstrução no trato de saída gástrico (estenose pilórica) para justificar uma derivação do trânsito alimentar. Na verdade, o estômago está comprimido pela volumosa coleção no corpo pancreático.

Correta a alternativa C:

o quadro clínico é compatível com uma coleção encapsulada na topografia do pâncreas. Lembre-se de que, 6 semanas após um quadro de pancreatite aguda, o paciente pode evoluir com um pseudocisto pancreático (coleção encapsulada homogênea) ou uma necrose murada (*walled-off necrosis*). A imagem tomográfica mostra-nos uma volumosa coleção encapsulada, com conteúdo em parte homogêneo, mas com uma grande área heterogênea, sendo mais compatível com coleção necrótica encapsulada. Tanto o pseudocisto quanto a coleção necrótica teriam indicação drenagem transgástrica guiada por endoscopia ou por ecoendoscopia, que é uma abordagem minimamente invasiva e eficaz para o alívio dos sintomas e resolução do quadro. A ausência de bolhas ou gás no interior da coleção descartam infecção, tornando desnecessário o uso de antibióticos nesse primeiro momento.

Incorreta a alternativa D: não há imagem compatível com colecistite aguda nesse caso, tornando a indicação de colecistectomia inadequada.

17 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Cirurgia - Prof. Renatha Paiva) Paciente masculino, 53 anos, admitido no pronto atendimento com queixa de dor torácica à esquerda, que iniciou há algumas semanas, mas houve piora nos últimos 4 dias. Refere sensação de empachamento e náuseas após a ingesta alimentar. Nega febre, alterações do hábito intestinal e/ou urinário. Antecedentes: HAS, drenagem torácica à esquerda devido a ferimento por arma branca há 1 ano (cicatriz de 3 cm na linha hemiclavicular, no 6º espaço intercostal e cicatriz de drenagem torácica na linha axilar média no 5º espaço intercostal). Ao exame: REG, corado, hidratado. FC: 88 bom, PA: 130 x 70 mmHg. Abdome plano, indolor à palpação. Realizada radiografia de tórax com administração de contraste por via oral (em anexo).



Fonte: acervo pessoal Prof. Renatha Paiva

Quais são a hipótese diagnóstica e a conduta nesse caso?

- A) Síndrome coronariana – ECG e enzimas cardíacas.
- B) Pneumotórax espontâneo – drenagem torácica esquerda.
- C) Hérnia diafragmática traumática – tratamento cirúrgico por laparoscopia.
- D) Doença do refluxo gastroesofágico e hérnia hiatal – iniciar tratamento clínico com medidas comportamentais e inibidor de bomba de prótons.

COMENTÁRIOS

Estamos diante de uma paciente com queixa de dor torácica e sensação de empachamento após a ingesta alimentar. Dos antecedentes, é importante notar que ele foi vítima de um ferimento por arma branca na região toracoabdominal, tratada somente com drenagem torácica. No entanto, nos casos de ferimentos penetrantes na região toracoabdominal, é primordial descartar lesão diafragmática por laparoscopia, o que não foi feito na ocasião. E uma das complicações é justamente o desenvolvimento de hérnia diafragmática, em que o conteúdo abdominal “entra” na cavidade torácica pelo defeito diafragmático. E esse diagnóstico é confirmado pela radiografia contrastada que evidencia o estômago, com nível hidroaéreo, dentro do hemitórax esquerdo. O tratamento é cirúrgico e normalmente é realizada redução do conteúdo abdominal herniado para cavidade torácica e refiação diafragmática.

Incorreta a alternativa A: síndrome coronariana pode cursar com dor torácica, mas a radiografia exclui esse diagnóstico.

Incorreta a alternativa B: não temos imagem de pneumotórax na radiografia apresentada.

Correta a alternativa C: como vimos, essa é a alternativa correta.

Incorreta a alternativa D: os sintomas de DRGE geralmente são dor retroesternal, em queimação, pirose, náuseas, tosse, entre outros. O histórico de trauma penetrante na região toracoabdominal e a radiografia contrastada falam contra esse diagnóstico.

18 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Cirurgia - Prof. Renatha Paiva) Paciente masculino, 31 anos, vítima de agressão física por arma branca em uma briga de bar, foi admitido na UBS mais próxima da ocorrência. Ao exame:

A- Vias aéreas pérvias

B- MV +, ARA, SatO₂: 98%

C- PA: 130 x 80 mmHg, FC 100 bpm

D- Glasgow 15, pupilas isofotorreagentes, hálito etílico.

E- Abdome sem sinais de peritonite, com ferimento perfurocortante na região epigástrica, sem sangramento ativo.

O plantonista da UBS que fez o atendimento primário prescreveu reposição volêmica com ringer lactato, fez a sutura do ferimento abdominal e solicitou transferência para hospital terciário.

Já no hospital terciário, mantinha os parâmetros hemodinâmicos. Realizada radiografia de tórax e e-FAST, que não apresentavam alterações. O ferimento abdominal estava suturado conforme imagem em anexo.

Qual é a conduta nesse caso?



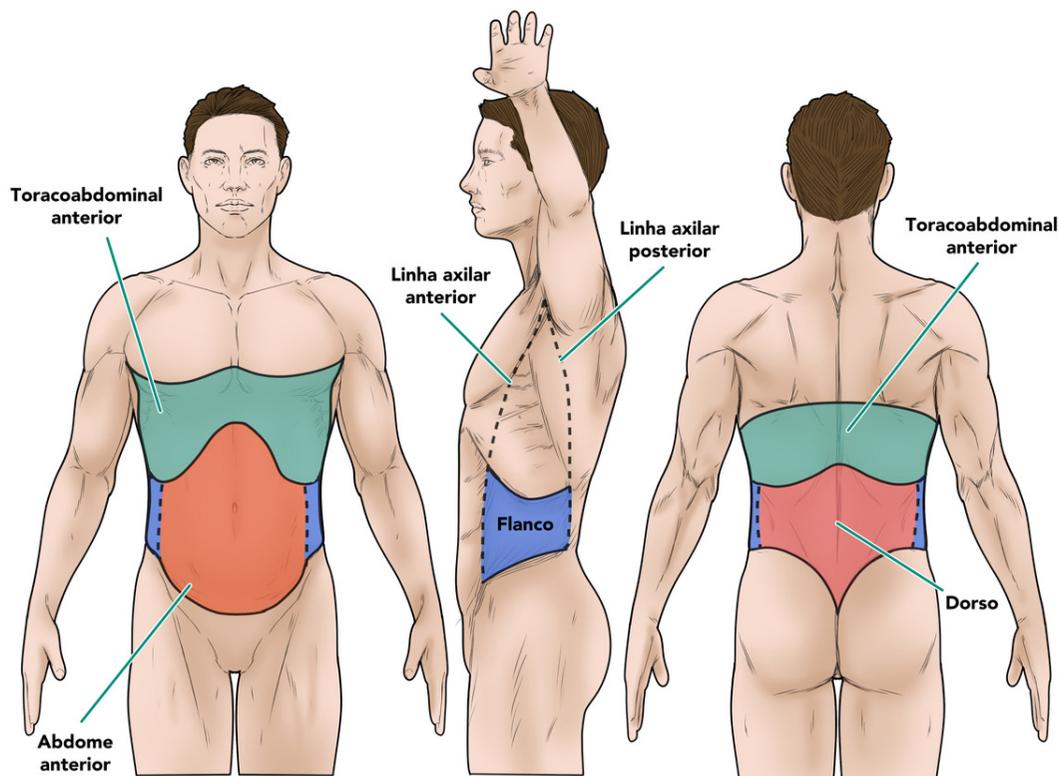
Fonte: acervo pessoal Prof. Renatha Paiva

- A) Retirar a sutura e fazer exploração digital do ferimento abdominal.
- B) Internação e observação clínica por 24 horas.
- C) Tomografia de abdome.
- D) Laparoscopia.

COMENTÁRIOS

Estamos diante de um paciente com ferimento perfurocortante na região epigástrica, estável hemodinamicamente e sem sinais de peritonite. A ausculta pulmonar, a radiografia de tórax e o e-FAST não apresentam alterações, o que praticamente descarta penetração na cavidade torácica. O ferimento está localizado na região toracoabdominal, dessa forma, há possibilidade de lesão diafragmática e de vísceras abdominais, devendo ser submetido à laparoscopia, diagnóstica e terapêutica.

Vamos relembrar os limites da região toracoabdominal:



Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A: a conduta de explorar um ferimento abdominal por arma branca é realizada nos casos em que não há indicação absoluta de laparotomia exploradora, ou seja, nos seguintes casos:

- sinais de peritonite;
- instabilidade hemodinâmica;
- evisceração;
- sangramento gastrointestinal (observado na sonda nasogástrica ou retal) ou do trato geniturinário.

Nosso paciente realmente não apresenta indicação de laparotomia, mas, por se tratar de um ferimento toracoabdominal, devemos descartar lesão diafragmática e, por esse motivo, está indicada a laparoscopia.

Incorreta a alternativa B: em ferimentos penetrantes na região toracoabdominal, é necessário descartar e tratar possíveis lesões diafragmáticas.

Incorreta a alternativa C: a tomografia de abdome não apresenta boa acurácia para o diagnóstico de lesão diafragmática aguda.

Correta a alternativa D: como vimos, o paciente tem indicação de laparoscopia.

19 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Cirurgia - Prof. Renatha Paiva) Paciente feminina, 33 anos, está no 2º trimestre de gestação, admitida no pronto atendimento com queixa de dor em flanco direito, associada a náuseas, vômitos e anorexia, há 24 horas. Laboratório evidenciava leucocitose com desvio à esquerda ($16.500/\text{mm}^3$ - 6% de bastões) e PCR de 45 mg/dL. Ao exame: corada, hidratada, afebril eupneica, estável hemodinamicamente. Abdome globoso, com fundo uterino palpável a 3 cm da cicatriz umbilical, doloroso em flanco direito, com descompressão brusca dolorosa. Solicitada ultrassonografia de abdome que mostrou pequena quantidade de líquido na pelve sem visualização do apêndice cecal. Qual é a melhor conduta nesse caso?

- A) Apendicectomia por laparoscopia.
- B) Tomografia de abdome com contraste endovenoso.
- C) Ressonância magnética sem contraste.
- D) Observação e repetir a ultrassonografia em 24 horas.

COMENTÁRIOS

Estamos diante de uma paciente gestante com quadro clínico sugestivo de apendicite aguda. Lembre-se de que apendicite é a principal causa de abdome agudo não obstétrico na gestante. O quadro clínico geralmente é semelhante ao de uma paciente não gestante, mas, no exame físico, podemos encontrar dor localizada no flanco ou mesmo no hipocôndrio direito, devido ao deslocamento cranial do apêndice com a evolução da gestação. O diagnóstico deve ser confirmado com exames de imagem, sendo a ultrassonografia o exame inicial e a ressonância sem a necessidade de contraste (gadolínio) caso a ultrassonografia seja inconclusiva. O tratamento é cirúrgico, ou seja, apendicectomia, preferencialmente por laparoscopia.

Incorreta a alternativa A: em gestantes, devemos esgotar todos os recursos propedêuticos antes de indicar o tratamento cirúrgico. No caso de nossa paciente, o próximo passo seria a ressonância magnética, sem a necessidade do uso de contraste.

Incorreta a alternativa B: a tomografia não é totalmente contraindicada na gestação, mas se houver disponibilidade da ressonância, este será o melhor exame.

Correta a alternativa C: como vimos, essa é a conduta correta.

Incorreta a alternativa D: a paciente tem quadro clínico sugestivo de apendicite aguda e devemos confirmar o diagnóstico com exames de imagem.

20 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Cirurgia - Prof. Renatha Paiva) Paciente idoso, 77 anos de idade, em uso crônico de opioides (tramadol) devido à lombalgia, foi submetido a cirurgia para colocação de prótese de quadril. No quarto dia de pós-operatório, evoluiu com distensão abdominal e náuseas. Ao exame físico: REG, corado, desidratado +/4, FC = 88 bpm, PA = 120 x 80 mmHg, abdome distendido, com RHA diminuídos, sem sinais de peritonite, ampola retal vazia. Os exames laboratoriais indicavam 14.000 leucócitos/mL, K = 3,3 mEq/L, Na = 130 mEq/L, ureia = 45 mg/dL e creatinina = 1,5 mg/dL. Realizada radiografia simples de abdome (em anexo). Qual é o diagnóstico mais provável?

- A) Pseudo-obstrução aguda do cólon.
- B) Colite isquêmica
- C) Íleo paralítico.
- D) Megacólon tóxico.



COMENTÁRIOS

Estamos diante de um paciente idoso com quadro clínico, laboratorial e radiográfico típico de síndrome de Ogilvie ou pseudo-obstrução intestinal.

A pseudo-obstrução colônica aguda ou síndrome de Ogilvie é um distúrbio caracterizado por dilatação aguda do cólon na ausência de uma lesão anatômica que obstrua o fluxo do conteúdo intestinal.

Pode ser primária, em que há um distúrbio da motilidade devido à miopatia visceral familiar, ou um distúrbio difuso da motilidade, que envolve a inervação autônoma da parede intestinal, ou também secundária, forma mais comum, associada a medicações **neurolépticas**, opiáceos e uma série de patologias. Geralmente, ocorre em pacientes hospitalizados ou institucionalizados, em associação com uma doença grave ou **após cirurgia**, em conjunto com um desequilíbrio metabólico ou administração de certos fármacos. As condições predisponentes mais comuns são o trauma não cirúrgico, infecção e doença cardíaca. Veja, na tabela a seguir, os fatores de risco para a síndrome de Ogilvie:

Categoria	Exemplos
Medicamentos	Opioides, anticolinérgicos , agonistas alfa-2-adrenérgicos, antipsicóticos, bloqueadores de canais de cálcio, citotóxicos, dopaminérgicos.
Trauma e cirurgia ortopédica	Fraturas, cirurgia do quadril e coluna, hematomas retroperitoneais .
Obstétrica e ginecológica	Cirurgia pélvica, especialmente envolvendo raqui-anestesia, cesariana , parto vaginal (normal ou instrumental).
Cirurgia ou doença cardiotorácica	Cirurgia cardíaca incluindo transplante; infarto do miocárdio , insuficiência cardíaca, pneumonia .
Doenças neurológicas	Parkinsonismo , acidente vascular cerebral, demência, Alzheimer.
Doenças retroperitoneais	Malignidade, hemorragia.
Desequilíbrio metabólico	Diabetes, uremia, hipocalcemia, hipocalcemia e hipomagnesemia ; hipotireoidismo, hiperparatireoidismo .
Infecção	Herpes-zóster.
Doenças reumatológicas	Lúpus, esclerodermia .

Nosso paciente apresenta dois fatores de risco: o uso crônico de opioides e a cirurgia recente de quadril.

Devemos suspeitar de uma pseudo-obstrução colônica aguda quando um paciente clinicamente enfermo apresenta distensão abdominal súbita. No exame físico, o abdome é timpânico (principalmente no hemiabdomene direito), no entanto, não costuma ser doloroso, e os ruídos hidroaéreos geralmente estão presentes. A presença de febre e sinais de irritação peritoneal são sugestivas de isquemia ou perfuração do cólon.

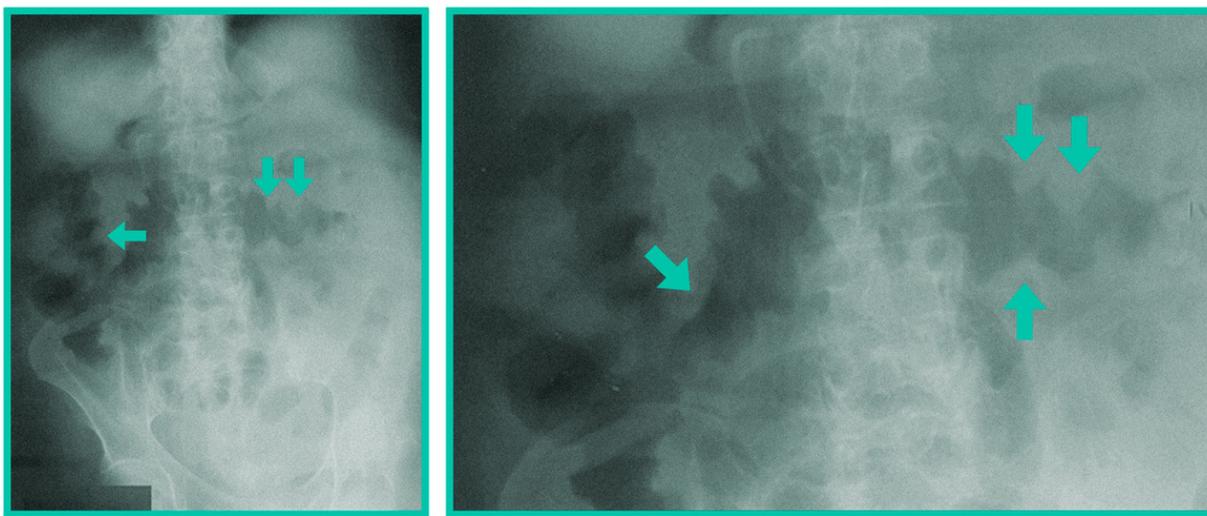
As radiografias abdominais mostram um **cólon dilatado, geralmente do ceco à flexão esplênica**, com haustrações normais, semelhante à uma obstrução intestinal baixa. Repare que, na radiografia, apresentada há importante dilatação do cólon direito.

Agora, vamos analisar as alternativas:

Correta a alternativa A:

nosso paciente apresenta fatores de risco para a pseudo-obstrução colônica, alterações laboratoriais (hiponatremia e hipocalcemia) e radiológicas (distensão principalmente do cólon direito) típicos de pseudo-obstrução colônica.

Incorreta a alternativa B: na colite isquêmica, o quadro clínico mais comum é dor abdominal à esquerda, associada à diarreia mucosanguinolenta. Na radiografia de abdome, podemos encontrar edema e espessamento da parede intestinal em um padrão segmentar, conhecido como “sinal das impressões digitais” (“thumbprinting”).

Isquemia colônica: impressão digital do polegar - “thumbprinting”


Incorreta a alternativa C: o íleo paralítico é uma obstrução intestinal funcional, por anormalidades na motilidade intestinal e na ausência de obstrução mecânica. Tem como principal causa o **pós-operatório de cirurgia abdominal**, mas também pode ser causado por distúrbios hidroeletrólíticos e metabólicos. Até aqui, seria uma hipótese diagnóstica para nosso paciente. Mas, no íleo paralítico, a radiografia demonstra uma distensão gasosa universal das alças intestinais, ou seja, há ar tanto no delgado como nos cólons, inclusive na ampola retal.



Incorreta a alternativa D: o megacólon tóxico é caracterizado por um diâmetro colônico ≥ 6 cm ou diâmetro cecal > 9 cm e presença de toxicidade sistêmica. Ao contrário dos pacientes com pseudo-obstrução intestinal aguda, os pacientes com megacólon tóxico têm uma dilatação colônica total ou segmentar associada a evidências de toxicidade sistêmica significativa com febre, taquicardia, sensório alterado e sensibilidade abdominal difusa no exame físico. É uma complicação potencialmente letal da doença inflamatória intestinal (DII) ou colite infecciosa.

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

21 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Ginecologia - Prof. Alexandre Melitto) Mulher, 28 anos de idade, é atendida em consulta de rotina no ambulatório de Ginecologia. Paciente refere dispareunia. Nega outros sintomas. Parceiro com exames normais sem comorbidades. Traz resultado de ressonância magnética com espessamento dos ligamentos uterossacos. A conduta mais adequada nesse caso é:

- A) tratamento com anticoncepcional contínuo e reavaliação do caso.
- B) tratamento empírico de doença inflamatória pélvica com antibioticoterapia de amplo espectro.
- C) indicar videolaparoscopia para exérese do implante endometriótico.
- D) indicar videolaparoscopia para confirmação do diagnóstico da paciente.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa paciente apresenta um quadro de dispareunia e a ressonância magnética apresenta espessamento dos ligamentos uterossacos, que é um dos principais locais de acometimento pela endometriose.

A endometriose é caracterizada pela presença de endométrio fora da cavidade uterina. É uma doença dependente do estrogênio. A teoria mais aceita atualmente para a fisiopatologia da endometriose é a teoria de Sampson, ou da menstruação retrógrada. Essa teoria diz que o refluxo menstrual através das trompas é a causa da endometriose.

Os principais locais de acometimento pela doença são os ovários, o fundo de saco vaginal e os ligamentos uterossacos.

Os sintomas clássicos da endometriose são a dismenorrea, a dispareunia, a infertilidade e a dor pélvica crônica. Sintomas cíclicos, relacionados com o período menstrual, também são sugestivos da doença e sintomas como disúria, hematúria, disquezia e tenesmo podem estar relacionados com o acometimento do trato urinário e intestinal pela doença.

O encontro no exame físico de dor ao toque bimanual, nodulação dolorosa no fundo de saco, útero fixo e massa anexial (endometrioma) também são sinais dessa doença.

O método diagnóstico padrão-ouro para o diagnóstico da endometriose é a videolaparoscopia com biópsia das lesões endometrióticas. Outros exames indicados para sua investigação diagnóstica são o ultrassom transvaginal com preparo intestinal e a ressonância magnética.

A endometriose é uma doença dependente do estrógeno. Lembre-se de que o endométrio prolifera devido ao estímulo do estrógeno, portanto o estrógeno produz a proliferação dos implantes de endometriose. Por isso, o tratamento clínico da endometriose é realizado com o bloqueio hormonal. As opções de medicamentos para realizar o bloqueio hormonal são os anticoncepcionais, o DIU de levonorgestrel, os análogos do GnRH e os inibidores da aromatase.

O tratamento cirúrgico é indicado para as pacientes em que o tratamento clínico não proporcionou melhora da dor ou nos casos em que existe alguma contraindicação ao uso desses medicamentos, assim como nos casos de endometriomas de ovário maiores do que 5 cm e nos casos de infertilidade. Veja a tabela a seguir:

Tratamento cirúrgico da endometriose

Indicações

Dor refratária ao tratamento medicamentoso

Recusa ao tratamento clínico (ou contra-indicações medicamentosas)

Necessidade de diagnóstico histológico de endometriose

Exclusão de malignidade de uma massa anexial

Obstrução do trato urinário ou intestinal

Endometrioma de ovário > 5-6 cm

Tratamento da infertilidade

Agora, vamos analisar as alternativas:

Correta a alternativa A:

trata-se de caso sugestivo de endometriose, sendo indicado o tratamento clínico com anticoncepcional contínuo que leva à atrofia do tecido endometrial ectópico e reavaliação posterior do caso.

Incorreta a alternativa B, porque a paciente não apresenta quadro clínico compatível com doença inflamatória pélvica e não preenche seus critérios diagnósticos, já que não apresenta dor pélvica, nem dor à palpação anexial ou dor à mobilização uterina.

Incorreta a alternativa C, porque a paciente não tem indicação de tratamento cirúrgico da endometriose.

Incorreta a alternativa D, porque não há indicação de videolaparoscopia para confirmação do diagnóstico da paciente, já que não há suspeita de malignidade.

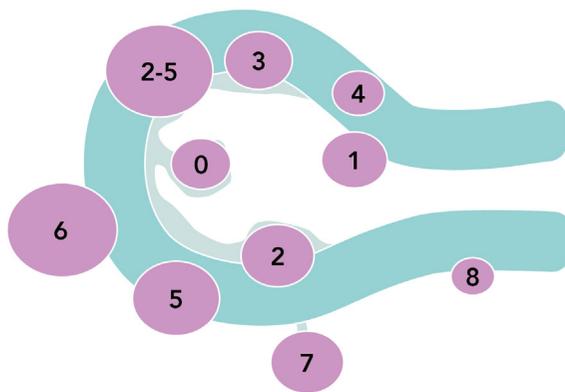
22 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Ginecologia - Prof. Alexandre Melitto) Mulher, 33 anos de idade, refere cólica menstrual moderada e fluxo abundante com duração de 9 dias. Teve 1 parto normal há 10 anos. Refere ciclos menstruais regulares. Está em uso de anticoncepcional hormonal combinado há 3 anos. Realizou ultrassonografia transvaginal cujo laudo informava a presença de nódulo uterino hipocogênico de 3 cm, classificado como sistema FIGO 4. Referente ao possível mioma, qual é a conduta mais adequada?

- A) Miomectomia histeroscópica.
- B) Miomectomia laparoscópica.
- C) Prescrição de análogo do GnRH.
- D) Seguimento clínico.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa é uma questão sobre a classificação da FIGO para os miomas. Veja o esquema a seguir:

CLASSIFICAÇÃO DOS MIOMAS (FIGO)



0	Intracavitário, pediculado
1	Submucoso, <50% intramural
2	Submucoso, ≥50% intramural
3	Intramural, tangenciando o endométrio
4	Intramural
5	Subseroso, ≥50% intramural
6	Subseroso, <50% intramural
7	Subseroso, pediculado
8	Outros (ex. cervical, parasita)

Repare que essa paciente apresenta um quadro de cólica menstrual moderada e fluxo abundante com duração de 9 dias, sem melhora com o tratamento clínico com uso de anticoncepcional hormonal combinado. Nesse caso deveríamos pensar no tratamento cirúrgico.

A maioria dos casos de miomatose uterina é assintomática e, nesses casos, a conduta é expectante.

Nas pacientes sintomáticas, geralmente pensamos em iniciar pelo tratamento clínico, para o controle do sangramento e da dor pélvica.

Opções para o tratamento clínico da miomatose uterina

Não hormonais

Anti-inflamatórios

Ácido mefenâmico, naproxeno

Antifibrinolíticos

Ácido tranexâmico

Hormonais

ACHO

Diversos

Progestágenos

Orais e injetáveis

SIU – levonorgestrel

Mirena

SPRMs

Acetato de ulipristal

Análogos do GnRH

Goserrelina, leuprolide

Os miomas têm seu crescimento estimulado pelo estrógeno e pela progesterona. Sendo assim, os medicamentos hormonais têm o objetivo de diminuir ou impedir esse estímulo.

Os anticoncepcionais combinados e os progestágenos agem induzindo a atrofia endometrial. Com isso, reduzem o fluxo menstrual.

O uso da progesterona no tratamento dos miomas é bastante controverso. A progesterona melhora o sintoma de sangramento vaginal, causando a atrofia endometrial, mas não reduz o volume dos miomas.

O crescimento e manutenção dos miomas depende do estrogênio e da progesterona. Você deve estar se perguntando: como a administração de estrogênio e progesterona pode ser uma das formas de tratamento para essa doença?

A verdade é que isso ainda não está muito bem esclarecido. Entende-se que o estrogênio e a progesterona agem induzindo a atrofia endometrial, como descrito acima, e esse seria o mecanismo de ação envolvido na melhora do sangramento. Uma outra hipótese é a de que a administração exógena de pequenas doses desses hormônios funcionaria como inibição para o crescimento dos miomas, mas essa hipótese ainda não foi cientificamente confirmada. Por tudo isso, algumas pacientes podem responder mal a estes tratamentos, ocorrendo o crescimento dos miomas.

Os agonistas do GnRH (hormônio liberador de gonadotrofinas) são os medicamentos mais eficazes para o tratamento da miomatose uterina. Inicialmente, esses medicamentos produzem o aumento da liberação de gonadotrofinas, mas, após 2 semanas, ocorre a saturação e dessensibilização dos receptores (efeito *flare up*), levando à hipófise a reduzir a produção das gonadotrofinas (LH e FSH), diminuindo a função ovariana, ocorrendo o hipoestrogenismo e a amenorreia. Diminuem o volume dos miomas em cerca de 60%. Em geral, demoram de 2 a 3 meses para atingirem seu efeito máximo.

Os análogos do GnRH provocam uma “menopausa medicamentosa”, com todas as manifestações do hipoestrogenismo, tais como os fogachos, atrofia vaginal e risco de osteoporose. Por isso, essa opção de tratamento medicamentoso não deve ser prescrita por mais de 6 a 12 meses.

É importante frisar que a diminuição do volume dos miomas é temporária, ocorrendo uma rápida retomada da menstruação e do volume uterino pré-tratamento após a descontinuação dos agonistas do GnRH.

Uma possível estratégia terapêutica é a utilização dos análogos do GnRH de 2 a 3 meses antes do tratamento cirúrgico. Com isso, ocorre a diminuição dos miomas e do sangramento, melhorando os níveis de hemoglobina e facilitando o tempo cirúrgico.

Os agonistas de GnRH podem ser usados em alguns casos para fornecer alívio por um curto período de tempo para mulheres próximas à menopausa ou com contraindicações para o tratamento cirúrgico.

Lembre-se, os miomas são sensíveis ao estrogênio e à progesterona, sendo assim, regredem após a menopausa. Uma estratégia terapêutica comum é empregar o tratamento clínico, com o objetivo de “empurrar” a paciente até a menopausa, livrando-a de uma cirurgia.

Dividimos o tratamento cirúrgico da miomatose uterina em conservador e definitivo. O tratamento cirúrgico conservador é a miomectomia, e o tratamento cirúrgico definitivo é a histerectomia (total ou subtotal).

Indicações para o tratamento cirúrgico da leiomiomatose uterina

Recorrências

Falha do tratamento clínico

Escolha da paciente

Suspeita de malignidade (sarcoma)

Tratamento da infertilidade / abortos recorrentes

A miomectomia é o tratamento cirúrgico conservador e é indicado para as pacientes que não têm prole constituída, para preservar seu futuro reprodutivo.

Indicação da via para realização de miomectomia	
Mioma	Via
Submucoso	Miomectomia histeroscópica
Parido ou cervical	Miomectomia vaginal
Intramural ou subseroso (4 a 6 nódulos, mioma < 10 cm)	Miomectomia laparoscópica
Intramural ou subseroso (múltiplos nódulos, > 10cm)	Miomectomia laparotômica

O tratamento definitivo para a leiomiomatose uterina é a histerectomia.

Indicações para o tratamento cirúrgico definitivo
Pacientes com prole constituída
Falha do tratamento clínico
Escolha da paciente
Suspeita de malignidade (sarcoma)

A indicação da via e da técnica vai depender do tamanho do útero e da história da paciente. Pacientes com história de infecções, endometriose e cirurgias prévias podem ter aderências, estando indicada, para esses casos, a via abdominal. Úteros muito grandes podem ser difíceis de serem retirados pela laparoscopia, pela necessidade de morcelamento. Nesse caso, está indicada a via laparotômica.

Agora, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque a via histeroscópica é indicada para a exérese dos miomas submucosos e, neste caso, temos um mioma intramural (FIGO 4).

Correta a alternativa B: trata-se de um mioma intramural com sintomas refratários ao tratamento clínico com anticoncepcionais, sendo assim, temos a indicação de tratamento cirúrgico por meio da miomectomia laparoscópica.

Incorreta a alternativa C, porque o análogo de GnRH apresenta efeitos colaterais importantes, tais como fogachos e aumento do risco de osteoporose, não sendo indicado para o uso por longos períodos de tempo.

Incorreta a alternativa D, porque se trata de caso de miomatose uterina sintomática. A conduta expectante com seguimento clínico é indicada para os casos de miomas assintomáticos.

23 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Ginecologia - Prof. Alexandre Melitto) Mulher, 31 anos de idade, comparece em consulta ginecológica referindo nódulo de mama esquerda de 2,5 cm de diâmetro. As axilas apresentam-se clinicamente livres. Realizou *core-biopsy* com resultado de carcinoma ductal invasivo, com receptores hormonais negativos e HER2 positivo (superexpresso 3+/3+). Qual é a conduta indicada nesse momento?

- A) Quadrantectomia esquerda com pesquisa de linfonodo sentinela.
- B) Adenomastectomia bilateral.

- C) Mastectomia esquerda com esvaziamento axilar.
D) Quimioterapia neoadjuvante.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa paciente teve o diagnóstico de um câncer de mama HER2 (puro). Veja, a seguir, a classificação dos subtipos moleculares do câncer de mama de acordo com a imuno-histoquímica:

Classificação molecular segundo o perfil imuno-histoquímico	
Luminal A	Receptor de estrógeno (RE) e progesterona (RP) positivo(s); HER 2 negativo (escore 0 ou 1+); Ki-67 < 20%.
Luminal B	Receptor de estrógeno positivo; HER 2 positivo ou negativo, RP < 20% e/ou Ki-67 > 20%.
HER 2 (puro)	HER 2 positivo (superexpressão = escore 3+), RE e RP negativos
Triplo negativo	Receptores de estrógeno e progesterona negativos e HER 2 negativo

Prognóstico

O protocolo de tratamento do câncer de mama depende do subtipo molecular. Os tumores HER2 maiores do que 2 cm têm indicação de tratamento com quimioterapia neoadjuvante (antes da cirurgia), já que os estudos mostraram um melhor prognóstico para as pacientes que foram tratadas dessa forma. Veja a tabela a seguir sobre as indicações de quimioterapia para o câncer de mama de acordo com o subtipo molecular:

Indicações de quimioterapia no câncer de mama		
Tipo	Neoadjuvante	Adjuvante
Luminal A	T3N0 (ou maior)	> 2 cm
Luminal B	T3N0 (ou maior)	> 2 cm
Her 2 (+++)	> 2 cm	> 1 cm
Triplo negativo	> 1 cm	> 0,5 cm

Agora, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque essa paciente tem indicação de quimioterapia neoadjuvante antes de ser submetida a tratamento cirúrgico.

Incorreta a alternativa B, porque o achado de câncer de mama HER2 não é uma indicação de adenomastectomia bilateral.

A indicação para adenomastectomia bilateral aconteceria se a paciente fosse submetida a estudo genético e fosse diagnosticada mutação do BRCA. E, ainda assim, o tratamento cirúrgico só seria realizado após a quimioterapia neoadjuvante.

Incorreta a alternativa C, porque a paciente apresenta câncer de 2,5 cm de diâmetro que seria passível de cirurgia conservadora (quadrantectomia) após a realização da quimioterapia.

Correta a alternativa D: a paciente tem um câncer de mama HER2 maior do que 2 cm, estando indicada a quimioterapia neoadjuvante.

24 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Ginecologia - Prof. Alexandre Melitto) Mulher, 69 anos de idade, comparece ao ginecologista referindo aumento da frequência urinária, além de episódios de perda urinária (refere que “não dá tempo de chegar no banheiro”) e noctúria. A paciente refere ser diabética e hipertensa em controle medicamentoso. Refere ter sido submetida a 2 partos cesarianos com laqueadura no último parto. Ao exame físico ginecológico, não foram observadas alterações. A conduta indicada para esse caso é:

- A) prescrever estrogênio tópico.
- B) prescrever oxibutinina
- C) indicar *sling* transobturatório
- D) prescrever mirabegrona.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, a bexiga hiperativa caracteriza-se como um conjunto de sinais e sintomas associados à urgência miccional, comumente acompanhados de aumento da frequência urinária e de noctúria. Em cerca de 30% a 50 % dessas pacientes, também está presente a incontinência urinária (urge-incontinência).

O diagnóstico da bexiga hiperativa é eminentemente clínico, apesar de a principal causa dessa síndrome ser a hiperatividade do detrusor, cujo diagnóstico só pode ser feito com um estudo urodinâmico.

O tratamento farmacológico deve ser considerado em paciente sem melhora com o tratamento inicial ou que desejem essa terapêutica, sendo considerado segunda linha para bexiga hiperativa. A base do tratamento reside na fisiologia da micção, sendo os medicamentos anticolinérgicos os mais empregados com essa finalidade.

No Brasil, os anticolinérgicos liberados para tratamento e com nível de evidência 1 são: oxibutinina, tolterodina, darifenacina e solifenacina. Como a eficácia entre os medicamentos é semelhante, a escolha depende da ocorrência de efeitos colaterais. O cloreto de trópico é uma outra opção, com vantagens por não ultrapassar a barreira hematoencefálica e diminuir os efeitos colaterais na cognição em pacientes idosas.

Em estudos mais recentes, os agonistas beta-3-adrenérgicos têm se mostrado eficazes no tratamento da bexiga hiperativa. Tais medicamentos têm ação direta sob o músculo detrusor, promovendo o relaxamento e atuando nos nervos parassimpáticos, diminuindo, assim, a secreção de acetilcolina. Essas medicações apresentam menos efeitos colaterais do que os anticolinérgicos.

Agora, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque o estrogênio tópico pode ser um tratamento clínico indicado para a incontinência de esforço, e não para a incontinência de urgência.

Incorreta a alternativa B, porque a oxibutinina é uma das opções de tratamento para a incontinência de urgência, mas não é recomendada para pacientes idosos, devido à associação com possível piora da cognição.

Incorreta a alternativa C, porque o *sling* transobturatório é indicado para o tratamento cirúrgico da incontinência de esforço.

Correta a alternativa D: trata-se de caso de incontinência urinária de urgência, sendo indicado o tratamento com a mirabegrona, que é uma boa opção para o tratamento da bexiga hiperativa nas mulheres idosas.

25 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Ginecologia - Prof. Alexandre Melitto) Mulher de 23 anos de idade realizou citologia cervicovaginal cujo resultado foi lesão de baixo grau (LIEBG). É usuária do SIU de levonorgestrel há 3 anos. Nega comorbidades. Além da orientação para utilização de preservativo nas relações sexuais, a conduta indicada para esse caso é:

- A) solicitar colposcopia e indicar a retirada do SIU de levonorgestrel.
- B) orientar repetição da citologia cervicovaginal em 3 anos e manutenção do SIU de levonorgestrel.
- C) solicitar colposcopia e indicar retirada do SIU de levonorgestrel.
- D) repetir a citologia cervicovaginal em 6 meses e manutenção do SIU de levonorgestrel.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa é uma questão sobre a conduta diante das alterações da colpocitologia. Veja a tabela a seguir:

DIAGNÓSTICO CITOPATOLÓGICO		FAIXA ETÁRIA	CONDUTA INICIAL
Células escamosas atípicas de significado indeterminado	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	< 25 anos	Repetir em 3 anos
		Entre 25-29 anos	Repetir citologia em 12 meses
	≥ 30 anos	Repetir citologia em 6 meses	
	Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)		Encaminhar para colposcopia
Células glandulares atípicas de significado indeterminado	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para a colposcopia
Células atípicas de origem indefinida (AOI)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para a colposcopia
Lesão de baixo grau (LSIL/LIEBG)		< 25 anos	Repetir em 3 anos
		≥ 25 anos	Repetir citologia em 6 meses
Lesão de alto grau (HSIL/LIEAG)			Encaminhar para a colposcopia
Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão			Encaminhar para a colposcopia
Carcinoma escamoso invasor			Encaminhar para a colposcopia
Adenocarcinoma <i>in situ</i> (AIS) ou invasor			Encaminhar para a colposcopia

Repare que a conduta para essa paciente é repetir a colpocitologia em 3 anos.

Agora, repare que ela é usuária de SIU de levonorgestrel, que é um método que não tem contraindicação para o uso no caso de lesões precursoras do câncer de colo. A contraindicação para o uso do SIU de levonorgestrel refere-se somente aos casos de câncer de colo uterino (“já instalado”). Veja a tabela a seguir com as contraindicações do SIU de levonorgestrel:

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS (CATEGORIA 4) AO DIU/SIU LIBERADOR DE LEVONORGESTREL
Gravidez
Sepse puerperal
Imediatamente após aborto séptico
Doença trofoblástica gestacional com níveis elevados de beta-hCG ou com malignidade
Câncer de colo uterino
Câncer de mama atual
Câncer de endométrio
Anormalidades que distorcem a cavidade uterina
Sangramento transvaginal inexplicado
Doença inflamatória pélvica (DIP) atual
Cervicite purulenta ou infecção ativa por clamídia ou gonococo
Tuberculose pélvica
CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS (CATEGORIA 3) AO DIU/SIU LIBERADOR DE LEVONORGESTREL
48 horas a 4 semanas pós-parto (pelo risco de expulsão)
TVP/TEP aguda
Lúpus com anticorpos antifosfolídeos positivos ou desconhecidos
Doença trofoblástica gestacional com níveis de beta-hCG decrescentes ou indetectáveis
Câncer de mama prévio e sem evidência da doença nos últimos 5 anos
Câncer de ovário
HIV avançado
Cirrose descompensada
Adenoma hepatocelular e tumores hepáticos malignos
Doença cardíaca isquêmica atual ou prévia (para continuação do método)

Agora, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque devemos solicitar a colposcopia nos casos de lesão de alto grau, e não nos casos de lesão de baixo grau.

Correta a alternativa B:

a conduta frente a um resultado de lesão de baixo grau no Papanicolau de uma paciente de menos de 25 anos de idade é repetir a colpocitologia em 3 anos, e essa paciente não tem contraindicação para o uso do SIU de levonorgestrel.

Incorreta a alternativa C, porque a paciente não tem indicação de colposcopia nem de retirada do SIU de levonorgestrel.

Incorreta a alternativa D, porque essa seria a conduta se a paciente tivesse mais do que 25 anos de idade.

26 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Obstetrícia - Prof. Natalia Carvalho) Mulher, 29 anos, G3P1A1, apresenta-se no pronto-socorro com queixas de sangramento vaginal há 1 semana, com piora há 1 dia. Informa que sua última menstruação ocorreu há 8 semanas. Não utiliza métodos contraceptivos e tem um histórico de abortamento espontâneo no passado. Ao exame, FR: 24 irpm, FC: 100 bpm, PA: 100/60 mmHg. Abdome: indolor, sem sinais de irritação peritoneal. Especular: sangramento vermelho vivo, sem tecido ou coágulos visíveis. Toque vaginal: útero aumentado de tamanho, amolecido, indolor, colo impérvio. O médico de plantão solicita ultrassonografia transvaginal e B-hCG quantitativo para elucidação diagnóstica. O resultado dos exames encontrados e a principal hipótese diagnóstica diante do quadro clínico e dos exames são:

- A) B-hCG 1.200 mUI/mL com ultrassonografia apresentando cavidade uterina vazia, gestação ectópica.
- B) B-hCG 240.000 mUI/mL e ultrassonografia apresentando massa intrauterina heterogênea com múltiplas vesículas de permeio, mola hidatiforme.
- C) B-hCG 3.500 mUI/mL e ultrassonografia com saco gestacional tópico de 10 mm sem embrião, abortamento retido.
- D) B-hCG 4.000 mUI/mL e ultrassonografia apresentando eco endometrial de 10 mm, abortamento completo.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre os diagnósticos de sangramento da primeira metade.

Atenção, Estrategista! Esse é um tema muito prevalente nas provas de Residência Médica!

Ao se deparar com uma gestante com menos de 20 semanas ou na primeira metade da gestação, com queixa de sangramento vaginal, fique atento aos três principais diagnósticos: abortamento, gestação ectópica e doença trofoblástica gestacional.

Saber diferenciar esses três principais diagnósticos é crucial para a conduta adequada e preservação da saúde materna.

Diante de uma gestante com sangramento vaginal no primeiro trimestre, a primeira hipótese diagnóstica deve ser a de um abortamento. Para diferenciar as diferentes formas clínicas de abortamento, devemos avaliar a quantidade de sangramento, o colo uterino e a ultrassonografia.

Se o sangramento é discreto com colo impérvio, até realizar a ultrassonografia, estamos diante de uma ameaça de abortamento. Confirma-se esse diagnóstico com a ultrassonografia mostrando gestação tópica com embrião vivo. Se a ultrassonografia mostrar eco endometrial menor do que 15 mm, podemos estar diante de um abortamento completo ou até de uma gestação ectópica. O que ajuda na diferenciação desse diagnóstico é a quantidade de sangramento que a paciente apresentou antes de ser avaliada, uma vez que, no abortamento completo, o sangramento vaginal no início é intenso e melhora após a saída completa dos restos ovulares, já na gestação ectópica, o sangramento vaginal geralmente é pequeno.

Quando o sangramento é maior e o colo uterino é pérvio, podemos estar diante de um abortamento em curso (abortamento inevitável) ou de um abortamento incompleto. O que vai diferenciar é a história clínica e a ultrassonografia. Se a paciente refere saída de material sugestivo de saco gestacional ou embrião, provavelmente estamos diante de um abortamento incompleto. Na ultrassonografia, observa-se ausência de saco gestacional e embrião, mas com eco endometrial > 15 mm. No abortamento em curso, o saco gestacional e o embrião ainda não foram eliminados, inclusive, o embrião ainda pode estar vivo.

No abortamento retido, a paciente, na maioria das vezes, é assintomática e o diagnóstico é ultrassonográfico, com confirmação de uma gestação não evolutiva (saco gestacional ≥ 25 mm ou embrião ≥ 7 mm sem batimento).

No abortamento infectado, a paciente apresenta febre, dor à mobilização do colo uterino, que, na maioria das vezes, está pérvio, e sangramento com odor fétido.

A conduta no abortamento completo é dar alta para a paciente, enquanto na ameaça de abortamento, é expectante, somente com sintomáticos. No abortamento incompleto e no abortamento em curso, a conduta pode ser ativa com AMIU ou curetagem ou, ainda, expectante, se a gestante estiver estável e com sangramento controlado. No abortamento retido, a conduta pode ser expectante por até 4 semanas ou ativa com uso de misoprostol, AMIU ou curetagem. No abortamento infectado, deve-se fazer antibioticoterapia de amplo espectro (clindamicina + gentamicina) e esvaziamento uterino.

A gestação ectópica (GE) corresponde a qualquer gestação que ocorre fora da cavidade endometrial, sendo o local mais comum a tuba uterina (70% dos casos implantam-se na ampola tubária).

O diagnóstico é feito com a história clínica, a dosagem de hCG sérico e a ultrassonografia.

Diante de gestante com quadro clínico de dor abdominal aguda e intensa e sinais de instabilidade hemodinâmica no início da gestação, deve-se pensar primeiramente em GE rota.

Quando a gestante apresenta quadro clínico leve ou ausente, o diagnóstico de GE dá-se pelos níveis séricos de B-hCG e pela ultrassonografia.

Pacientes com hCG sérico com valores > 2000 mUI/mL, sem imagem de saco gestacional intrauterino, são altamente suspeitas para gestação ectópica. A visualização de imagem de saco gestacional extrauterino confirma a hipótese de gestação ectópica. Outras imagens, como anel tubário e hematossalpinge (sangue na tuba uterina) também se correlacionam com gestação ectópica.

Quando o B-hCG é maior do que 3500 mUI/mL, é obrigatória a visualização do saco gestacional, caso contrário, já é possível confirmar o diagnóstico de gestação ectópica, mesmo se não for observada imagem sugestiva de GE.

Em casos de hCG < 2000 mUI/mL, devemos repetir a dosagem e o USG em 48h, de modo que o crescimento inferior a 50% no período, ainda sem imagem tópica, direciona para o diagnóstico de gestação ectópica.

A doença trofoblástica gestacional (DTG) é uma entidade rara e benigna na maior parte das vezes, sendo chamada de mola hidatiforme.

O quadro clínico depende da idade gestacional do diagnóstico. Quando o diagnóstico é feito precocemente, o quadro clínico é muito semelhante ao de um abortamento. Em idades gestacionais mais tardias, encontramos útero aumentado para a idade gestacional, hiperêmese gravídica, elevação pressórica precoce (antes de 20 semanas), sinais de hipertireoidismo e saída de vesículas junto ao sangramento vaginal.

No ultrassom, o achado mais clássico é o aspecto de “flocos em neve”, ou ainda em “cachos de uva”, que são formações anecoicas permeando a cavidade endometrial, que representam as vesículas da gestação molar. Vamos lembrar aqui, Estrategista, que a fração beta-hCG mimetiza os hormônios TSH, LH e FSH, motivo pelo qual pode ocorrer o quadro de tireotoxicose (taquicardia, sudorese, insônia e tremores).

A suspeita diagnóstica é feita por meio do quadro clínico, associado à imagem ultrassonográfica e ao nível sérico de hCG, que está maior do que o esperado para a idade gestacional. A confirmação diagnóstica, no entanto, dá-se pela análise patológica, após o esvaziamento uterino, que, com auxílio do cariótipo, é capaz de diferenciar a mola hidatiforme em completa ou parcial.

Comentários:

Incorreta a alternativa A: o quadro clínico não é sugestivo de gestação ectópica, uma vez que a paciente apresenta um abdome indolor. Além disso, diante de B-hCG < 3500 mUI, não podemos confirmar o diagnóstico de gestação ectópica na presença de cavidade uterina vazia, pois pode-se tratar de uma gestação inicial ou um abortamento completo.

Correta a alternativa B: temos uma paciente com atraso menstrual para 8 semanas, sangramento vaginal, útero aumentado de tamanho, colo impérvio, ausência de dor abdominal ou à mobilização do colo uterino. Diante de um quadro de sangramento da primeira metade, devemos pensar nas três principais hipóteses diagnósticas: abortamento, gestação ectópica e doença trofoblástica gestacional. O B-hCG e a ultrassonografia ajudam a elucidar esse diagnóstico. Se o B-hCG for maior do que 200.000 mUI/mL e a ultrassonografia mostrar imagem heterogênea intrauterina, a principal hipótese diagnóstica é de doença trofoblástica gestacional, sendo a mola hidatiforme a forma mais frequente.

Incorreta a alternativa C: no abortamento retido, a paciente não apresenta sangramento vaginal importante e, na maioria das vezes, é assintomática. Além disso, o diagnóstico de abortamento retido é feito quando o saco gestacional é > 25 mm sem embrião ou vesícula vitelínica.

Incorreta a alternativa D: no abortamento completo, o sangramento vaginal diminui de intensidade até parar, e o útero volta às dimensões normais, o que não se observou no quadro clínico apresentado. Além disso, na presença de b-hCG > 3500 mUI/mL e cavidade uterina vazia, pode haver uma gestação ectópica ou um abortamento completo.

27 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Obstetrícia - Prof. Natalia Carvalho) Uma gestante de 38 anos, G2PC1A0, 36 semanas de gestação, com hipertensão arterial crônica controlada em uso de metildopa, vem ao pronto-socorro queixando-se de dor abdominal súbita e intensa, acompanhada de sangramento vaginal moderado. Ao exame, PA: 150 x 100 mmHg, pulso: 120 bpm, AU: 34 cm, BCF: 110 bpm, DU: ausente, abdome tenso e doloroso à palpação, toque vaginal com colo pérvio para 3 cm, cefálico, bolsa íntegra. Com base no quadro clínico, quais são o fator de risco apresentado, o diagnóstico e a conduta apropriada?

- A) Cesariana anterior, placenta prévia, solicitar ultrassom transvaginal e realizar parto cesáreo se a placenta estiver recobrimdo o orifício interno do colo uterino.
- B) Hipertensão arterial crônica, descolamento prematuro de placenta, realizar amniotomia e cesariana de emergência em decorrência da instabilidade materna.
- C) Cesariana anterior, rotura uterina, realizar laparotomia exploradora imediatamente, dada a localização e intensidade da dor.
- D) Idade materna, rotura de vasa prévia, realizar parto cesáreo de emergência, em decorrência do risco iminente para o feto.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre descolamento prematuro de placenta.

O descolamento prematuro de placenta (DPP) é a separação parcial ou total da placenta normalmente inserida, diagnosticada em gestações de 20 semanas ou mais. Considerado uma emergência obstétrica, o DPP é uma causa significativa de morbimortalidade materna e perinatal, com incidência de aproximadamente 2 a 10 casos a cada 1.000 nascimentos.

A etiologia do DPP envolve o sangramento dos vasos maternos da decídua basal, que leva à separação entre a decídua e a inserção placentária. A maioria dos sangramentos no DPP é de origem materna, podendo ser arterial ou venoso.

Os fatores de risco para o DPP incluem histórico de DPP, eclâmpsia/pré-eclâmpsia, uso de drogas, trauma abdominal, polidrâmnio, hipertensão arterial crônica, rotura prematura de membranas, corioamnionite, restrição de crescimento fetal, tabagismo, anomalias uterinas, multiparidade, idade materna avançada, gestação múltipla, cesárea anterior e trombofilias hereditárias.

O diagnóstico de DPP é eminentemente clínico, por meio da apresentação dos seguintes sinais e sintomas:

- Início abrupto do sangramento vaginal, que pode ser de intensidade leve a grave.
- Dor abdominal súbita.
- Dor à palpação do útero (hipersensibilidade uterina).
- Contrações uterinas, taquissístolia.
- Hipertonia uterina (útero lenhoso).
- Hipotensão, taquicardia.
- Alteração da frequência cardíaca fetal.
- Trabalho de parto prematuro.
- Bolsa corioamniótica tensa ao toque.

O sangramento vaginal ocorre em torno de 80% dos casos, mas a perda sanguínea é, na maioria das vezes, subestimada, porque a maior parte do sangramento fica retida no útero. Por isso, a quantidade de sangramento vaginal não se correlaciona com o grau de descolamento e não serve como um marcador de risco materno ou fetal.

A conduta obstétrica vai depender do estado hemodinâmico materno, da **vitalidade e viabilidade fetal**, como veremos a seguir.

Diante de instabilidade hemodinâmica, isto é, quando a gestante apresentar hipotensão, taquicardia, regular estado geral ou sangramento vaginal intenso, a conduta deve ser a resolução imediata da gestação, por cesariana de emergência, independentemente da situação do feto.

Nos casos em que há cervicodilatação, recomenda-se a **amniotomia imediata** para reduzir a pressão intra-amniótica e, assim, diminuir a entrada na circulação materna de tromboplastina e fatores de coagulação que são ativados pela presença do coágulo retroplacentário.

Se a gestante não apresentar instabilidade hemodinâmica, isto é, se tiver pressão arterial e pulso normais, sangramento vaginal pequeno e bom estado geral, a conduta vai depender da vitalidade e viabilidade fetal.

A conduta obstétrica mais aceita diante de feto vivo e viável é a **resolução da gestação por cesárea de urgência**, a não ser que o parto vaginal seja iminente. Em casos muito selecionados, se a gestante estiver em uma fase avançada do trabalho de parto e apresentar estabilidade hemodinâmica e feto com boa vitalidade fetal (cardiotocografia e perfil biofísico fetal normais), pode-se aguardar o parto vaginal, com monitorização fetal contínua, por no máximo 20 min.

Quando a gestante se apresenta **estável e há óbito fetal ou o feto é inviável, o parto vaginal é a via desejável**, por apresentar menor morbidade materna do que a cesariana.

Nesses casos, também se deve realizar **amniotomia imediata** para diminuir a pressão intra-amniótica. Se o trabalho de parto não estiver evoluindo, utiliza-se ocitocina para acelerá-lo. O ideal é que o **parto ocorra dentro das primeiras 6 horas**. Se houver **instabilidade materna**, deve-se interromper a gestação pela via mais rápida.

Comentários:

Incorreta a alternativa A: na placenta prévia, o sangramento é indolor, a paciente não apresenta tensão e dor abdominal.

Correta a alternativa B:

o quadro de dor abdominal intensa e súbita, sangramento vaginal, dor e tensão na palpação abdominal indica o quadro de DPP. A hipertensão arterial crônica é um dos principais fatores de risco para essa patologia. Como a gestante está taquicárdica, isso mostra uma instabilidade hemodinâmica materna, indicando cesariana de emergência após amniotomia.

Incorreta a alternativa C: a rotura uterina pode apresentar sintomas semelhantes, mas o diferencial é a presença de sinais de sangramento intra-abdominal e subida da apresentação fetal.

Incorreta a alternativa D: na rotura de vasa prévia, o sangramento é indolor e acompanhado de alteração importante dos batimentos cardíacos fetais.

28 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Obstetrícia - Prof. Natalia Carvalho) Uma gestante de 23 anos, primigesta, sem comorbidades, sem histórico familiar, realiza sua primeira consulta de pré-natal na 10ª semana de gestação. Durante a consulta, o obstetra avalia a gestante, receita medicação, solicita os exames complementares de rotina e faz as orientações necessárias. Assinale a alternativa que indica as condutas realizadas nessa consulta de pré-natal.

- A) Prescrição de ácido fólico, solicitação de hemograma, tipagem sanguínea, urina 1 e urocultura, glicemia de jejum, sorologia para HIV, sífilis, hepatite B, hepatite C, HTLV e toxoplasmose, orienta uso de repelente, protetor solar, preservativo e atualização do calendário vacinal.
- B) Prescrição de polivitamínico, solicitação de hemograma, tipagem sanguínea, urina 1 e urocultura, glicemia de jejum, sorologia para HIV, sífilis, hepatite B, hepatite C, citomegalovírus, rubéola, toxoplasmose, orienta uso de repelente, protetor solar, preservativo e atualização do calendário vacinal.
- C) Prescrição de sulfato ferroso, solicitação de hemograma, coagulograma, tipagem sanguínea, urina 1 e urocultura, curva glicêmica, sorologia para HIV, sífilis, hepatite B, zika vírus, covid-19, dengue e toxoplasmose, orienta repouso relativo e abstinência sexual até 14 semanas.
- D) Prescrição de polivitamínico, solicitação de hemograma, tipagem sanguínea, urina 1, curva glicêmica, sorologia para HIV, sífilis, hepatite B, hepatite C e toxoplasmose, orienta uso de repelente, repouso relativo e abstinência sexual até 16 semanas.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre assistência ao pré-natal

Os exames complementares preconizados pelo MS para gestantes de risco habitual são:

Primeira consulta de pré-natal (de preferência no primeiro trimestre):

- hemograma;
- tipagem sanguínea;
- glicemia de jejum;
- urina 1 e urocultura;
- sorologias: sífilis, HIV, toxoplasmose, hepatite B e hepatite C.

Entre 24 e 28 semanas:

- teste tolerância oral à glicose 75 g.

Terceiro trimestre:

- sorologias: sífilis e HIV;
- urina 1 e urocultura;
- cultura para EGB (entre 36 e 37 semanas).

Comentários:

Correta a alternativa A:

a vitamina utilizada no início da gestação até pelo menos 12 semanas é o ácido fólico. Os exames complementares que devem ser solicitados em toda primeira consulta de pré-natal são hemograma, tipagem sanguínea, urina 1 e urocultura, glicemia de jejum, sorologia para HIV, sífilis, hepatite B, hepatite C, HTLV e toxoplasmose. As principais orientações são: uso de repelente, protetor solar e preservativo, atualização do calendário vacinal.

Incorreta a alternativa B: o uso de polivitamínicos não é indicado de rotina na gestação. Não está indicado de rotina a realização de sorologia para citomegalovírus e rubéola.

Incorreta a alternativa C: o uso de sulfato ferroso pode ser iniciado desde a primeira consulta de pré-natal, apesar de muitas instituições orientarem seu uso somente após 16 semanas. Não está indicada a solicitação de coagulograma, curva glicêmica, sorologia para zika vírus, covid-19 e dengue de rotina no primeiro trimestre. Não está orientado repouso relativo nem abstinência sexual em gestantes de risco habitual.

Incorreta a alternativa D: o uso de polivitamínicos não é indicado de rotina na gestação. Não está indicada a realização de curva glicêmica antes de 24 semanas de gestação. Não está orientado repouso relativo nem abstinência sexual em gestantes de risco habitual.

29 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Obstetrícia - Prof. Natalia Carvalho) Primigesta, 26 semanas de gestação, vem para consulta de rotina de pré-natal e relata episódios frequentes de sede intensa e hábito urinário mais frequente do que o usual nos últimos 15 dias. Ela realiza acompanhamento pré-natal regular e seus exames anteriores não indicaram anormalidades significativas. Durante a consulta, o médico observa que sua glicemia de jejum realizada na primeira consulta de pré-natal com 12 semanas estava em 88 mg/dL. Solicita teste de tolerância oral à glicose (TTOG) 75 g, cujos resultados foram 90 mg/dL (jejum), 180 mg/dL (após 1 hora) e 152 mg/dL (após 2 horas). Com base nas informações fornecidas, avalie as seguintes afirmativas:

- A) A paciente deve ser diagnosticada com diabetes *mellitus* gestacional (DMG), pois o resultado do TTOG após 2 horas excede o limite de 150 mg/dL, conforme critérios diagnósticos.
- B) Não há evidência suficiente para diagnosticar DMG, visto que apenas o valor de glicemia após 1 hora está elevado, enquanto o valor após 2 horas deve ser superior a 153 mg/dL para tal diagnóstico.
- C) O TTOG indica o diagnóstico diabetes *mellitus* gestacional e medidas como ajustes na dieta, exercícios físicos e monitoramento da glicemia devem ser iniciados.
- D) Considerando que a glicemia de jejum inicial e no TTOG estão normais, não temos o diagnóstico de diabetes *mellitus* gestacional, e os sintomas podem ser atribuídos a modificações fisiológicas da gestação.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre diabetes na gestação.

Quando a situação financeira e a logística em torno da gestante não impuserem limitações diagnósticas, devemos realizar uma glicemia de jejum (GJ) até a 20ª semana de gestação. A partir da GJ, pode-se observar três desfechos:

- GJ ≥ 126 mg/dL = DM prévio diagnosticado na gestação.
- GJ 92 – 125 mg/dL = DMG.
- GJ < 92 mg/dL = realização do TOTG com 75 g de glicose entre a 24ª e a 28ª semana de gravidez.

Se o pré-natal for iniciado tardiamente, devemos observar a semana gestacional atual para definir a conduta diagnóstica:

Pré-natal iniciado entre a 20ª e a 28ª semana → TOTG entre a 24ª e a 28ª semana.

Pré-natal iniciado após a 28ª semana → TOTG o mais brevemente possível.

Consoante o valor do TOTG, as pacientes serão classificadas em três categorias:

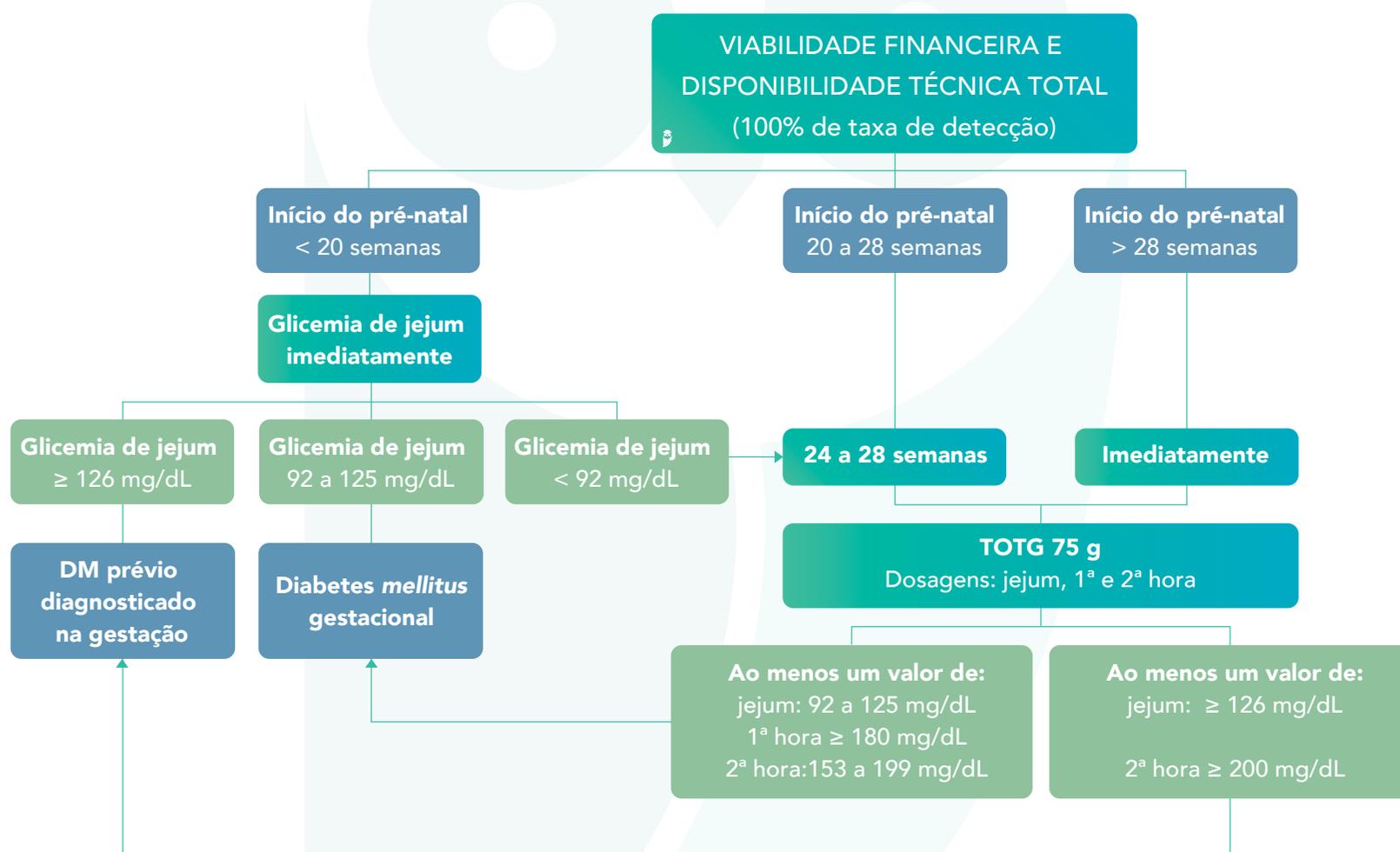
- DM prévio diagnosticado na gestação: jejum ≥ 126 mg/dL ou glicemia da 2ª hora ≥ 200 mg/dL.
- DMG: jejum 92-125 mg/dL ou glicemia da 1ª hora ≥ 180 mg/dL, ou glicemia da 2ª hora 153-199 mg/dL.
- TOTG normal (níveis glicêmicos inferiores aos limiares diagnósticos de DMG).

Diante de uma gestante com diagnóstico de diabetes gestacional, a primeira conduta é instituir dieta e exercício físico. Além disso, a gestante deve fazer o controle diário dos índices glicêmicos (perfil glicêmico) pela aferição da glicemia capilar diária. Essas medidas são essenciais para avaliar se a terapêutica com dieta e atividade física está sendo eficaz para o controle glicêmico.

Os valores das glicemias considerado normais são:

- jejum < 95 mg/dL;
- 1 hora após as refeições < 140 mg/dL;
- 2 horas após as refeições < 120mg/dL.

A insulino terapia é indicada quando não se alcança adequado controle glicêmico, isto é, na presença de duas ou mais medidas de glicemia acima da meta, avaliadas após 7 a 14 dias de terapia não farmacológica ou se circunferência abdominal fetal \geq percentil 75^o na ultrassonografia de 3^o trimestre (29 e 33 semanas de gestação), independentemente dos valores glicêmicos.



Comentários:

Incorreta a alternativa A: o diagnóstico de DMG é feito quando há pelo menos um ponto alterado no TTOG — glicemia de jejum \geq 92 mg/dL, após 1 hora \geq 180 mg/dL, ou após 2 horas \geq 153 mg/dL. Neste caso, a paciente apresenta a glicemia após 1 hora alterada, e não após 2 horas.

Incorreta a alternativa B: o diagnóstico de DMG é feito quando há pelo menos um ponto alterado no TTOG — glicemia de jejum \geq 92 mg/dL, após 1 hora \geq 180 mg/dL, ou após 2 horas \geq 153 mg/dL.

Correta a alternativa C:

o diagnóstico de DMG é feito quando há pelo menos um ponto alterado no TTOG — glicemia de jejum ≥ 92 mg/dL, após 1 hora ≥ 180 mg/dL, ou após 2 horas ≥ 153 mg/dL. Neste caso, a paciente apresenta a glicemia após 1 hora alterada, indicando o diagnóstico de diabetes na gestação. A conduta inicial diante de DMG é a realização de dieta, exercício físico e monitorização glicêmica.

Incorreta a alternativa D: o TTOG dessa paciente apresenta alteração na medida após 1h, indicando o diagnóstico de DMG.

30 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Obstetrícia - Prof. Natalia Carvalho) Em uma maternidade pública de São Paulo, durante a passagem de plantão, os profissionais discutem o caso de uma paciente em trabalho de parto: secundigesta, 39 semanas de gestação, na fase ativa do trabalho de parto, no primeiro período há 6 horas, com uso de analgesia epidural há 2 horas. A frequência cardíaca fetal foi verificada há 15 minutos e apresentou 135 bpm. Ao exame da gestante, ela encontra-se com 8 cm de dilatação, colo fino, medianizado e polo cefálico no plano zero de De Lee, bolsa íntegra. Durante a discussão, um dos médicos propõe ajustes no manejo do parto baseado nas práticas recomendadas pela OMS. Assinale a opção que apresenta a argumentação correta para o colega que propõe a modificação do plano de parto.

- A) A utilização de analgesia epidural é indicada para gestantes no segundo estágio do trabalho de parto e deveria ser iniciada somente após a completa dilatação cervical.
- B) A frequência cardíaca fetal deveria ser monitorada continuamente, pois a paciente está sob efeito de analgesia epidural, o que pode mascarar sinais de estresse fetal.
- C) A amniotomia está indicada nesse caso, uma vez que a gestante se encontra há 6 horas no primeiro período do parto.
- D) A paciente apresenta fase ativa prolongada e deve receber ocitocina para abreviar o tempo de trabalho de parto.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre as condutas recomendadas e não recomendadas na assistência ao parto.

As condutas recomendadas e não recomendadas durante a assistência ao parto normal estão resumidas na tabela a seguir.

Intervenções **recomendadas**:

PRIMEIRO ESTÁGIO DO TP – FASE ATIVA
Fase latente até 5 cm e fase ativa a partir de 5 cm de dilatação
Duração variável, com fase ativa em torno de 12h para primíparas
Controle intermitente dos BCFs a cada 15-30 min
Toque vaginal a cada 4 horas
Opções de alívio da dor: analgesia epidural, opioides e medidas não farmacológicas
Ingestão de líquidos e alimentos
Encorajar movimentação e posição vertical

SEGUNDO ESTÁGIO DO TP – EXPULSIVO

Duração variável, geralmente inferior a 2h em múltipara e 3h em primípara

A posição do parto deve ser escolhida pela gestante, mesmo com analgesia

Controle intermitente dos BCFs a cada 5 min

Recomenda-se massagem perineal, compressas quentes e proteção perineal com as mãos

Realizar puxos espontâneos

TERCEIRO ESTÁGIO DO TRABALHO DE PARTO – DEQUITAÇÃO

Ocitocina 10 UI intramuscular para todas as pacientes

Tração controlada do cordão

Retardar o clampeamento do cordão por pelo menos 1 min

RECÉM-NASCIDO

Contato pele a pele na primeira hora de vida

Estimular amamentação na primeira hora de vida

Vitamina K 1 mg intramuscular após o nascimento

Banho adiado até 24h após o nascimento

Mãe e bebê não devem ser separados

PUERPÉRIO

Avaliação materna regular nas primeiras 24h

Mãe e recém-nascido devem receber cuidados por pelo menos 24h após o nascimento

As intervenções **não recomendadas** são:

PRIMEIRO ESTÁGIO DO TP – FASE ATIVA

Usar o critério de evolução da dilatação cervical de 1 cm/h

Intervenções de rotina na fase latente (< 5 cm)

Pelvimetria clínica

Cardiotocografia de rotina na admissão ou contínua no TP espontâneo de gestação saudável

Tricotomia e enemas

Embrocação vaginal de rotina com antissépticos

Amniotomia e ocitocina para prevenir o TP prolongado

Ocitocina de rotina

Antiespasmódicos e fluidos endovenosos de rotina

SEGUNDO ESTÁGIO DO TP – EXPULSIVO

Uso rotineiro e liberal de episiotomia

Pressão manual do fundo uterino (manobra de Kristeller)

TERCEIRO ESTÁGIO DO TRABALHO DE PARTO – DEQUITAÇÃO

Massagem uterina contínua em paciente que recebeu ocitocina

RECÉM-NASCIDO

Aspiração em boca e nariz do RN se líquido amniótico for claro e respiração espontânea

PUERPÉRIO

Antibiótico profilático para partos não complicados ou para episiotomia

Comentários:

Incorreta a alternativa A: tanto a analgesia farmacológica como a não farmacológica estão indicadas em qualquer período do trabalho de parto, conforme a necessidade da paciente em alívio de dor.

Correta a alternativa B: como a paciente está sob efeito de analgesia epidural, é indicada a monitorização fetal contínua por meio da cardiotocografia.

Incorreta a alternativa C: o primeiro período do trabalho de parto tem duração variável, e não há necessidade de intervenção se há boa vitalidade fetal.

Incorreta a alternativa D: o primeiro período do trabalho de parto tem duração variável, e não há necessidade de intervenção se há boa vitalidade fetal.

PEDIATRIA

31 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Pediatria - Prof. Andrea Makssoudian) Um escolar de 6 anos apresenta lesões de pele pruriginosas e dificuldade para respirar subitamente, após a ingestão de amendoim. Ao exame físico, encontra-se agitado, com níveis pressóricos normais, oximetria de 96% em ar ambiente, ausculta pulmonar com sibilos difusos e tiragem subcostal e na pele, observam-se placas urticariformes em tronco e membros. Assinale a alternativa correta.

- A) O diagnóstico é de anafilaxia e o tratamento deve ser feito com anti-histamínicos e beta-2-agonista de curta ação.
- B) É uma provável aspiração de corpo estranho, as manobras de desobstrução de vias aéreas estão indicadas.
- C) A criança preenche os critérios de anafilaxia, a primeira conduta deve ser a administração de adrenalina intramuscular.
- D) Como não há hipotensão, o diagnóstico é de urticária.

COMENTÁRIOS:

Olá, Coruja,

Esse escolar apresentou um quadro súbito de urticária e sintomas respiratórios após ingestão de amendoim. São dados muito sugestivos da anafilaxia.

A anafilaxia é uma reação sistêmica aguda, grave, potencialmente fatal, que acomete vários órgãos e sistemas simultaneamente.

O diagnóstico de anafilaxia é baseado em um conjunto de sinais e sintomas clínicos. Há um risco maior de novos episódios no caso de pacientes que apresentam história clínica de dermatite atópica, urticária ou angioedema e teste cutâneo positivo para, pelo menos, um alérgeno alimentar.

Observe que alguns ou todos estes sinais e sintomas a seguir podem estar presentes:

- urticária;
- angioedema;
- comprometimento respiratório;
- gastrointestinal; e/ou
- hipotensão arterial (comprometimento cardiovascular).

Observe os critérios diagnósticos:

1. Início agudo de uma doença (minutos e algumas horas) com envolvimento simultâneo da pele, do tecido mucoso ou de ambos (por exemplo, urticária generalizada, prurido ou rubor, inchaço dos lábios-língua-úvula) E pelo menos um dos seguintes:
 - a. Comprometimento respiratório (por exemplo, dispneia, broncoespasmo, estridor, PFE reduzido, hipoxemia),
 - b. PA reduzida ou sintomas associados de disfunção de órgão-alvo (por exemplo, hipotonia [colapso], síncope, incontinência)
 - c. Sintomas gastrintestinais graves (por exemplo, cólicas abdominais intensas, vômitos repetitivos), especialmente após a exposição a alérgenos não alimentares
2. Início agudo de hipotensão ou broncoespasmo ou envolvimento laríngeo após exposição a um alérgeno conhecido ou altamente provável para aquele paciente (minutos a algumas horas), mesmo na ausência de envolvimento cutâneo típico.

Como vemos, a criança do enunciado preenche o critério número 1.

O reconhecimento precoce da anafilaxia é fundamental e o tratamento baseia-se em:

- remoção da fonte;
- administração rápida de adrenalina intramuscular (principal droga na emergência);
- decúbito dorsal com membros inferiores elevados;
- oferta de oxigênio se $\text{SatO}_2 \leq 95\%$;
- manutenção adequada da volemia por meio de infusão endovenosa de solução cristalóide.

Algumas drogas são consideradas adjuvantes para o tratamento da anafilaxia, tais como:

- anti-histamínicos;
- beta-2-agonistas.

Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, embora o diagnóstico de anafilaxia possa ser estabelecido, a conduta está incorreta.

Incorreta a alternativa B, a aspiração de corpo estranho pode justificar o desconforto respiratório, mas não a urticária que a criança apresentou.

Correta a alternativa C, porque indicou o diagnóstico correto e a medicação apropriada para o tratamento.

Incorreta a alternativa D, nem todas as crianças com anafilaxia apresentam hipotensão arterial.

32 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Pediatria - Prof. Andrea Makssoudian) Um lactente de 4 meses apresenta tosse há três semanas, e vem evoluindo com piora progressiva. Há 48 horas, apresenta perda de fôlego, vômitos após as crises de tosse e faz um ruído na hora que tenta inspirar. Ao exame, apresenta roncos e estertores grossos sem hipoxemia, com leve retração subcostal. Foi realizada uma radiografia de tórax que revelou infiltrado paracardíaco bilateral. Qual é o agente etiológico mais provável?

- A) *Ureaplasma urealyticum*.
- B) *Bordetella pertussis*.
- C) *Streptococcus pneumoniae*.
- D) Vírus sincicial respiratório.

COMENTÁRIOS:

O lactente apresenta um quadro de tosse arrastada, com perda de fôlego, vômitos e guincho inspiratório, a radiografia de tórax com infiltrado paracardíaco bilateral corrobora a hipótese diagnóstica de coqueluche.

A coqueluche é uma doença infecciosa aguda imunoprevenível, de alta transmissibilidade, cujo principal agente etiológico é a *Bordetella pertussis*, que é um cocobacilo Gram-negativo.

A transmissão ocorre por aerossóis, o período de incubação é de 5 a 10 dias e a transmissão ocorre desde o quinto dia após a exposição até a terceira semana do início da tosse paroxística. Na fase catarral, a transmissão é muito alta, chegando a 95%. Após o início do tratamento, o paciente pode transmitir por até 5 dias.

O quadro clínico é insidioso e dividido em três fases:

- **Catarral:** dura 1 a 2 semanas, apresenta sintomas leves de infecções de vias aéreas superiores (IVAS), e febre baixa. Observa-se tosse, coriza e pode haver mal-estar discreto em crianças maiores. Lembrando que essa fase é a de maior transmissibilidade, quando a coqueluche, muitas vezes, ainda nem é suspeitada. Queria chamar sua atenção para o fato de se chamar “fase catarral”, mas a tosse ser seca! No final desse período, a tosse seca vai se intensificando e passa a ocorrer em surtos, cada vez mais frequentes e intensos, e passamos para a próxima fase.
- **Fase paroxística:** dura 2 a 6 semanas, observamos os paroxismos de tosse seca com duração de menos de 45 segundos, em que o paciente tem uma súbita crise de vários episódios seguidos de uma tosse curta, seguida de dificuldade de inspirar. Nesse momento, o paciente costuma forçar a inspiração súbita e prolongadamente, causando um ruído característico, que é o guincho inspiratório. Nas crianças maiores, observamos a sensação de asfixia e saliência dos olhos, com lacrimejamento. Esses acessos ou crises de tosse paroxística (de 5 a 10 tosses consecutivas), ocorrem mais à noite. Um dado interessante é que, geralmente, a criança fica assintomática entre os episódios. Observa-se, com frequência, a protrusão da língua e a salivação. Vômitos desencadeados por esses acessos também são frequentes. Esses paroxismos são mais intensos e frequentes nas duas primeiras semanas dessa fase e melhoram gradativamente. Essa fase é geralmente afebril e, como os sintomas dessa fase são muito exuberantes, os pais procuram atendimento médico nesse momento. O exame físico revela taquipneia momentânea nos acessos de tosse, cianose episódica, bem como são episódicas as quedas de saturação episódicas, durante os paroxismos. O esforço provocado pela tosse pode fazer aparecer petéquias na face e hemorragias conjuntivais. À ausculta pulmonar, são comuns roncos, pelas secreções presentes nas vias aéreas e sibilos. Pode haver apneia e cianose em recém-nascidos.

- Fase de convalescença: dura 2 a 6 semanas, somem os paroxismos e os guinchos e volta a tosse “normal”, podendo durar até 3 meses. Um dado curioso é que se o paciente apresentar um quadro de IVAS, a tosse paroxística pode reaparecer. É a fase final, de recuperação do paciente.

As alterações laboratoriais esperadas no hemograma são leucocitose e linfocitose, e a radiografia de tórax geralmente revela borramento de área cardíaca bilateral, também denominado “coração felpudo”.

O tratamento preconizado é com macrolídeos, e a primeira escolha é a azitromicina.

Vamos avaliar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, o *Ureaplasma urealyticum* é um dos agentes da pneumonia afebril do lactente, que pode se manifestar com tosse arrastada, mas não costuma apresentar guincho inspiratório. Além disso, é comum observarmos antecedente de conjuntivite prévia.

Correta a alternativa B, esse é o principal agente etiológico da coqueluche.

Incorreta a alternativa C, o *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) é o principal agente etiológico das pneumonias típicas bacterianas fora do período neonatal. Mas o quadro clínico é diferente da coqueluche, pois é agudo, com febre elevada e tosse com expectoração, e a radiografia geralmente apresenta consolidação homogênea.

Incorreta a alternativa D, o vírus sincicial respiratório é o principal agente etiológico da bronquiolite viral aguda que acomete lactentes e que tem uma evolução mais curta, entre 3 e 6 dias após uma infecção viral de vias aéreas superiores.

33 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Pediatria - Prof. Andrea Makssoudian) Dois irmãos de 4 e 7 anos comparecem a uma consulta de rotina. A antropometria indicou (valores em escore Z) que a criança de 4 anos tem IMC +2,4 e estatura +1,2, já a criança de 7 anos apresenta IMC de 2,1 e estatura -1. Assinale a classificação nutricional correta.

- A) A criança mais velha tem sobrepeso e baixa estatura.
- B) A criança menor tem obesidade e estatura adequada.
- C) Ambas as crianças estão com obesidade.
- D) A criança mais velha tem obesidade e a menor tem sobrepeso.

COMENTÁRIOS:

Olá, Estrategista,

Essa questão exige conhecimentos sobre a classificação nutricional referente ao IMC e estatura, observe as tabelas a seguir:

VALORES CRÍTICOS		Diagnóstico nutricional
< percentil 0,1	< escore-Z -3	Muito baixa estatura para idade
≥ percentil 0,1 e < percentil 3	≥ escore-Z -3 e < escore-Z-2	Baixa estatura para idade
≥ percentil 3	≥ escore Z-2	Estatura adequada para a idade

Percentil	Escore Z	Zero a 5 anos incompletos	5 a 20 anos incompletos
< percentil 0,1	< escore-Z -3	Magreza acentuada	Magreza acentuada
≥ percentil 0,1 e < percentil 3	≥ escore-Z -3 e < escore-Z -2	Magreza	Magreza
≥ percentil 3 e ≤ 85	≥ escore-Z -2 e ≤ +1	Eutrofia	Eutrofia
> percentil 85 ≤ 97	> escore-Z +1 e ≤ +2	Risco de sobrepeso	Sobrepeso
> percentil 97 e ≤ 99,9	> escore-Z +2 e ≤ +3	Sobrepeso	Obesidade
> percentil 99,9	> escore-Z +3	Obesidade	Obesidade grave

Vamos classificar cada uma das crianças:

1. Criança de 4 anos:
IMC +2,4: sobrepeso.
Estatura +1,2: adequada.
2. Criança de 7 anos:
IMC de 2,1: obesidade.
Estatura -1: adequada.

Incorreta a alternativa A, a criança mais velha tem estatura normal e obesidade.

Incorreta a alternativa B, a criança menor tem sobrepeso.

Incorreta a alternativa C, a criança mais velha tem obesidade, e a menor tem sobrepeso.

Correta a alternativa D, porque mencionou a classificação correta.

34 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Pediatria - Prof. Andrea Makssoudian) Assinale a alternativa correta a respeito dos critérios diagnósticos para a febre reumática em países de moderado a alto risco.

- A) A febre é um critério obrigatório para o diagnóstico.
- B) A manifestação cutânea é o eritema infeccioso.
- C) A coreia de Sydenham é considerada critério maior.
- D) A ASLO aumentada e PCR elevada são critérios menores.

COMENTÁRIOS:

A febre reumática (FR) é uma doença prevalente em nosso meio e causa importante de cardiopatia adquirida em idade jovem. Ela consiste em uma sequela não supurativa de uma infecção estreptocócica de orofaringe que afeta indivíduos geneticamente predispostos. Ocorre após algumas semanas da infecção e é mais comum entre 5 e 15 anos de vida.

Veja, a seguir, os critérios diagnósticos para a febre reumática (FR) para países de moderado e alto risco para FR

CRITÉRIOS MAIORES	CRITÉRIOS MENORES
Poliartrite migratória (poliartralgia ou monoartrite)	Alteração de VHS (maior do que 30 mm primeira hora) e PCR maior ou igual a 3 mg/dL
Cardite	Aumento do PR no ECG corrigido para a idade (quando não houver cardite)
Coreia	Febre maior ou igual a 38 °C
Eritema marginado	Artralgia
Nódulos subcutâneos	

Para o diagnóstico da febre reumática, são necessários 2 critérios maiores associados à evidência de infecção estreptocócica, ou 1 critério maior e dois menores associados à evidência de infecção estreptocócica.

A evidência de infecção estreptocócica pode ser obtida de três formas:

- cultura de orofaringe positiva para estreptococo;
- anticorpos aumentados (ASLO, anti-DNAse, entre outros);
- teste antigênico (*swab* de orofaringe positivo para estreptococo).

Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, a febre é um critério menor e não é obrigatório para o diagnóstico.

Incorreta a alternativa B, a manifestação cutânea é o eritema marginado.

Correta a alternativa C, a coreia é um critério maior.

Incorreta a alternativa D, a ASLO pode indicar a evidência de infecção estreptocócica, mas não é considerada critério menor.

35 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Pediatria - Prof. Andrea Makssoudian) Um lactente de 11 meses apresenta palidez, irritabilidade e gemência há 1 hora. Seu exame físico revela: mau estado geral, frequência cardíaca de 225 bpm, saturação periférica de O₂ de 87%, ausculta respiratória normal, abdome globoso com fígado a 3 cm do RCD, tempo de enchimento capilar de 4 segundos. O eletrocardiograma revela complexos QRS estreitos, regulares, sem onda P. A enfermagem informa que não há acesso venoso disponível. Diante desses dados, e sabendo que não há condições de acesso venoso no momento, indique a melhor conduta para o caso.

- A) Amiodarona endovenosa.
- B) Adenosina endovenosa.
- C) Cardioversão elétrica com 0,5 J/Kg.
- D) Desfibrilação com 2 J/Kg.

COMENTÁRIOS:

Caro aluno, esse enunciado apresenta um lactente com taquicardia importante, com repercussão hemodinâmica, com os seguintes achados no eletrocardiograma:

- não se observa a onda P;
- o ritmo é rápido com QRS estreito.

Esses dados são sugestivos da taquicardia supraventricular (TSV).

Como o lactente apresenta rebaixamento de fígado, tempo de enchimento capilar aumentado e hipoxemia, isso indica que há repercussão hemodinâmica.

Concluimos que o diagnóstico é de taquicardia supraventricular com repercussão hemodinâmica.

O tratamento da TSV depende da presença de instabilidade hemodinâmica. As modalidades de tratamento específico disponíveis são:

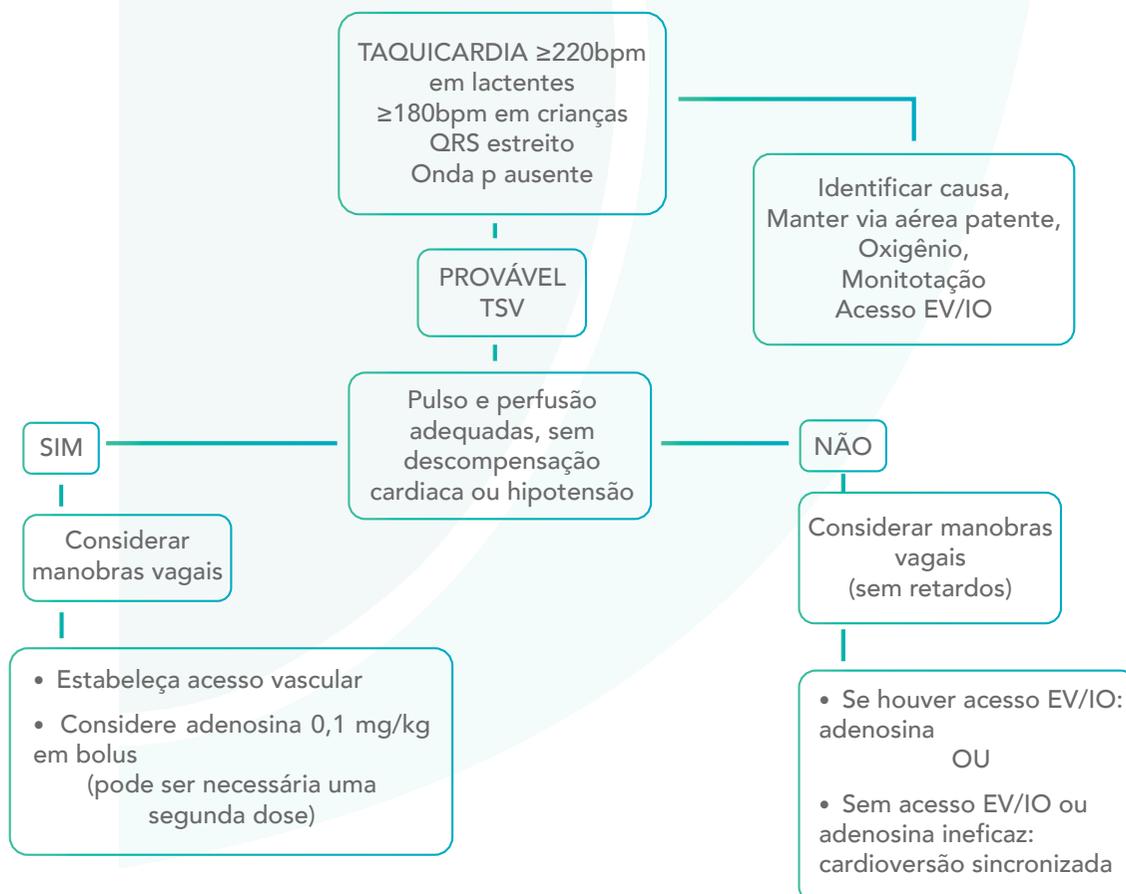
- manobras vagais;
- cardioversão sincronizada;
- tratamento medicamentoso.

Como sabemos, a frequência cardíaca diminui quando há estimulação do nervo vago. Em crianças com TSV, a estimulação vagal pode reverter a taquicardia por retardar a condução no nodo AV.

A adenosina é a medicação de escolha para a TSV estável hemodinamicamente e pode ser utilizada na TSV instável se houver um acesso venoso e a disponibilidade do medicamento.

Em crianças com TSV instável, o procedimento de escolha é a cardioversão sincronizada com dose de choque de 0,5 a 1 J/kg. Esse deve ser o procedimento indicado para nosso paciente, pois está instável e sem condições de acesso venoso.

Observe o fluxograma de tratamento da TSV:



Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, a amiodarona não consiste no medicamento de escolha para o tratamento da TSV instável.

Incorreta a alternativa B, a adenosina é uma opção de tratamento se tivermos um acesso venoso disponível, contudo não há acesso venoso, então precisamos cardioverter.

Correta a alternativa C, essa é a medida apropriada para o tratamento da TSV desse lactente.

Incorreta a alternativa D, na TSV, a desfibrilação pode fazer com que a criança evolua para ritmos de parada, assim ela não é recomendada.

36 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger) Você recebe, em sala de parto, um RN de 36 semanas que nasce banhado em líquido amniótico meconial espesso. Ele chorou ao nascer e está com tônus em flexão. O que NÃO está indicado para esse neonato?

- A) Clampeamento do cordão em, no mínimo, um minuto.
- B) Contato pele a pele materno.
- C) Aspiração de vias aéreas.
- D) Amamentação já em sala de parto.

COMENTÁRIOS:

Olá, querido Estrategista. Questão de reanimação neonatal. Vamos lá!

Ao recepcionarmos um RN em sala de parto, devemos fazer as três perguntas que definem vitalidade.

1. RN é maior/igual a 34 semanas?
2. RN respira ou chora?
3. RN tem bom tônus?

A primeira pergunta define a diretriz que será utilizada, as duas últimas, a vitalidade do RN. Repare que o aspecto do líquido não entra nos critérios de vitalidade.

RNs maiores/iguais a 34 semanas e com boa vitalidade não necessitam de reanimação. Nesse caso, você "PiSCA" para o RN.

P – Pele a pele. Realizar contato pele a pele logo após o nascimento, colocando o RN despido no abdome ou tórax materno também despido. Isso auxilia a manter a normotermia do bebê.

S - Secar. É importante, para evitar a hipotermia, que os RNs sejam secos, que os campos úmidos sejam retirados e que seja colocada uma touca para evitar a perda de calor pela cabeça. Lembre-se de que os menores de 34 semanas não são secos, e sim envoltos em campos estéreis aquecidos, colocados em saco plástico transparente (exceto a cabeça) e, de preferência, usar uma touca dupla.

C - Clampear tardiamente o cordão. Os maiores/iguais a 34 semanas devem ter o cordão clampeado, no mínimo, 1 minuto após o parto; os menores de 34 semanas em no mínimo 30 segundos.

A- Amamentação. Deve ser incentivada ainda em sala de parto, na primeira meia hora de vida.



Queremos saber o que não está indicado para esse bebê.

Incorreta a alternativa A: o clampeamento tardio está indicado, pois ele nasceu com boa vitalidade.

Incorreta a alternativa B: o contato pele a pele também deverá ser realizado.

Correta a alternativa C: não há indicação de aspiração de vias aéreas, mesmo com líquido meconial.

Incorreta a alternativa D: não há qualquer empecilho a amamentar esse bebê.

37 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger) No alojamento conjunto, você examina um bebê de 38 semanas de idade gestacional, peso adequado para idade, nascido sem intercorrências na hora do parto. Com 18 horas de vida, ele apresenta icterícia zona 1, mas está mamando bem e não tem outras manifestações associadas. A tipagem sanguínea da mãe é O negativo, Coombs indireto negativo. Qual é a provável causa da icterícia desse recém-nato?

- A) Icterícia fisiológica.
- B) Icterícia do leite materno.
- C) Icterícia por incompatibilidade ABO.
- D) Icterícia por incompatibilidade Rh.

COMENTÁRIOS

Olá, Estrategista. Vamos ao caso. Temos aqui um neonato termo, adequado para idade gestacional, apresentando icterícia antes das 24 horas de vida. Isso é considerado uma icterícia não fisiológica. Vamos relembrar?

Icterícia do tipo patológica/não fisiológica:

- icterícia precoce, antes de 24 horas de vida;
- elevação da bilirrubina sérica em nível acima do fisiológico de 12 mg/dL;
- aumento dos níveis séricos de bilirrubina acima de 0,2 mg/dL/hora;
- manifestações de doença associada, como hipotonia, letargia, instabilidade clínica ou térmica;
- icterícia persistente após 7 dias em termos ou 14 dias em pré-termos;
- aumento da bilirrubina às custas da fração direta.

Certo, voltando ao caso, temos uma mãe com tipo sanguíneo O negativo, esse é um fator de risco para a incompatibilidade ABO ou Rh. Vamos conhecê-las.

- **Incompatibilidade do grupo ABO**

Também chamada de doença hemolítica ABO do recém-nascido. Ocorre em mães O com bebês A ou B e independe da paridade materna.

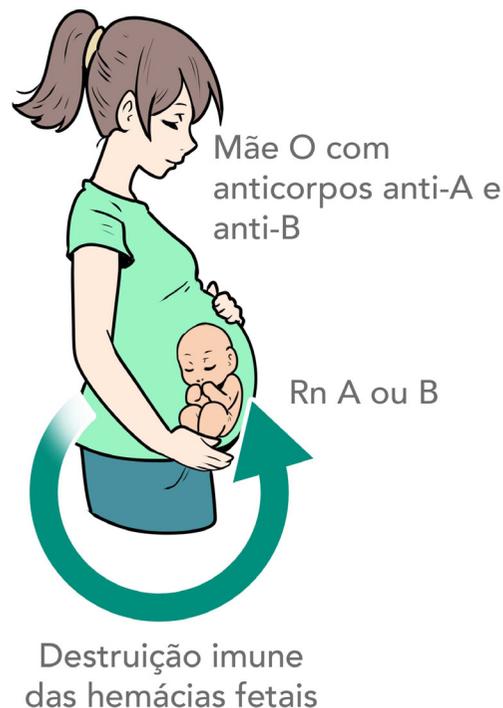
Sabemos que mães O positivo possuem naturalmente anticorpos anti-A e anti-B. Portanto, elas, já no primeiro contato, podem fazer destruição imune das hemácias fetais.

CLÍNICA: a maior parte dos casos mostra pouca hemólise e uma hiperbilirrubinemia indireta discreta. Ela tende a ser mais leve do que a incompatibilidade Rh.

LABORATORIAL:

- mãe O;
- RN A ou B;

- Coombs indireto negativo;
- Coombs direto negativo ou fracamente positivo (há pouca hemólise!);
- podemos ter teste do eluato positivo, pois ele tem uma sensibilidade maior para hemólise.
- CONDUTA: fototerapia. Raramente precisa de transfusão.
- PREVENÇÃO: não há.



- **Incompatibilidade Rh**

É também chamada de doença hemolítica isoimune Rh do RN ou eritroblastose fetal. Ocorre em mães Rh negativas com bebês Rh positivos. Para que ela ocorra, são necessárias duas etapas.

1. SENSIBILIZAÇÃO

Ela ocorre, geralmente, quando uma mãe Rh negativo é sensibilizada por uma primeira gestação de um bebê Rh+. Outras possíveis fontes: abortamento, amniocentese ou transfusão sanguínea.

Nesse momento, os antígenos Rh do bebê induzem a mãe a produzir anticorpos anti-Rh.

Na primeira gestação, está tudo certo, há apenas a sensibilização e nada acontece com o bebê.

2. HEMÓLISE

Em uma segunda gestação, a mãe tem anticorpos anti-Rh prontos e, caso esse bebê seja Rh+, eles irão promover a destruição imune das hemácias fetais.

CLÍNICA: intraútero, podemos ter anemia fetal, hidropisia, aborto, natimorto. No período neonatal, as manifestações comuns são de hemólise, reticulócitos e hiperbilirrubinemia indireta. Já em casos graves, há anemia severa e hepatoesplenomegalia.

LABORATORIAL:

- mãe Rh negativo;
- RN Rh positivo;

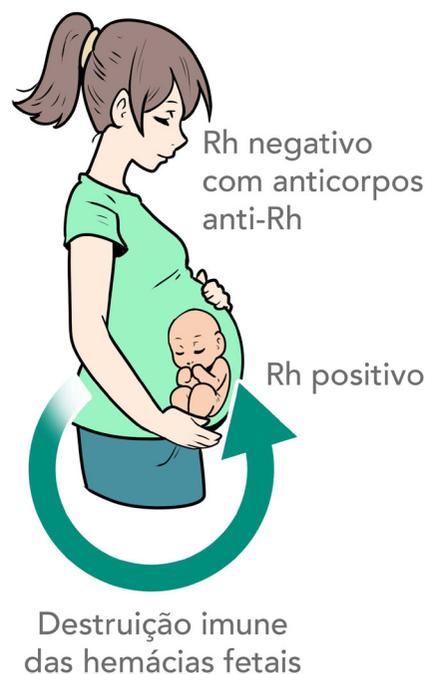
- Coombs indireto positivo;
- Coombs direto positivo, sinalizando hemólise no RN.

CONDUTA: exige sempre tratamento. Os casos leves podem ser tratados com fototerapia, e os graves podem precisar de exsangüineotransfusão.

1ª GESTAÇÃO



2ª GESTAÇÃO



Voltando ao caso, como a mãe é O negativo, com Coombs indireto negativo, a principal hipótese é de incompatibilidade ABO.

Correta a alternativa C.

Incorreta a alternativa A: a icterícia fisiológica ocorre na grande maioria dos neonatos, é um quadro geralmente benigno, autolimitado e ocorre às custas da bilirrubina indireta. Em neonatos, o nível sérico de bilirrubina indireta eleva-se acima de 2 mg/dL na primeira semana de vida e a icterícia torna-se visível clinicamente quando ultrapassa o valor de 5 mg/dL. Na hiperbilirrubinemia fisiológica, esse nível costuma atingir o pico de 6 a 8 mg/dL do 3º ao 5º dia de vida (**sempre após 24 horas de vida**) e, então, declinar até o 7º dia de vida, nos bebês nascidos a termo.

Incorreta a alternativa B: a icterícia do leite materno é um diagnóstico de exclusão em neonatos sem dificuldade na amamentação. Tem início tardio, geralmente entre o 3º e o 5º dia de vida, atingindo o pico 2 semanas após, desaparecendo entre 3 e 12 semanas. O nível de bilirrubina indireta pode alcançar 20 a 30 mg/dL no pico e declinar lentamente após.

Os bebês são saudáveis, com bom ganho de peso, os testes de função hepática são normais e não há hemólise. A causa ainda está em estudo. Mas o que você precisa saber é que não há necessidade de suspender o aleitamento!

Incorreta a alternativa D: na incompatibilidade Rh, teríamos o teste de Coombs indireto positivo.

38 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger) RN nascido com 37 semanas de idade gestacional, pequeno para a idade gestacional, filho de mãe que não realizou o pré-natal. Ao exame físico, apresentou hepatoesplenomegalia, microcefalia, coriorretinite e calcificações intracranianas difusas na tomografia de crânio. Levando em consideração o provável diagnóstico, qual é a conduta que deve ser tomada com esse neonato?

- A) Sulfadiazina + pirimetamina + ácido folínico + corticoterapia.
- B) Penicilina cristalina.
- C) Aciclovir endovenoso.
- D) Ganciclovir endovenoso.

COMENTÁRIOS

As infecções congênitas apresentam características comuns entre elas, portanto o examinador precisa colocar na questão alguma característica chave para que você possa diferenciá-las, e isso é o pulo do gato! Observe o quadro a seguir, ele traz as principais dessas infecções, que são cobradas com bastante recorrência!

INFECÇÃO CONGÊNITA	CARACTERÍSTICAS CHAVES
Toxoplasmose	Tétrade de Sabin: calcificações intracranianas difusas, coriorretinite, hidro ou microcefalia, retardo mental.
Rubéola	Cardiopatia congênita, catarata, surdez.
Citomegalovírus	Calcificações intracranianas periventriculares, petéquias, surdez.
Sífilis	Lesões cutâneas palmoplantares, lesões ósseas (pseudoparalisia de Parrot/dor à mobilização).
Herpes simples	Vesículas cutâneas, hiperemia conjuntival, acometimento neurológico.
Varicela	Lesões cicatriciais cutâneas, malformações de membros.
Zika vírus	Microcefalia, microftalmia, pé torto congênito, artrogripose.
HIV	Assintomático ao nascer, sinais de imunodepressão tardios.

Portanto, uma criança com microcefalia, coriorretinite e calcificações intracranianas difusas deve ser associada à toxoplasmose congênita! E o que devemos saber sobre essa doença?

A toxoplasmose congênita é assintomática na maioria dos casos. Portanto, ela deve ser desconfiada em casos em que a mãe apresente sorologia positiva durante a gestação ou se a criança apresentar algum sinal característico, como vimos acima.

O diagnóstico pós-natal é feito com sorologias do recém-nascido, associado a exames de sangue, como hemograma, função hepática e bilirrubinas, coleta do líquido, exames de neuroimagem e fundo de olho.

O tratamento do bebê deve ser com:

- ✓ Sulfadiazina 100 mg/kg/dia por via oral a cada 12 horas.

- ✓ Pirimetamina 2 mg/kg/dia por via oral a cada 12 horas por dois dias e, posteriormente, 1 mg/kg/dia por via oral em dose única diária.
- ✓ Ácido folínico 5 a 10 mg por via oral, 3 vezes por semana. O ácido folínico é indicado para combater a ação antifólica da pirimetamina. ATENÇÃO! Não confundir com ácido fólico!
- ✓ Prednisona 1 mg/kg/dia de 12 em 12 horas, se houver a presença de hiperproteínoorraquia ou coriorretinite, para diminuir a possibilidade de sequelas da inflamação crônica.

Dito tudo isso, o tratamento é com sulfadiazina + pirimetamina + ácido folínico. Acrescentamos corticoterapia pela presença de coriorretinite.

Correta a alternativa A.

Incorreta a alternativa B: a penicilina cristalina é o tratamento da sífilis congênita. Essa patologia deve ser suspeitada em casos de lesões cutâneas associada a lesões ósseas.

Incorreta a alternativa C: o aciclovir endovenoso é indicado em casos de herpes congênita. Essa patologia é rara e deve ser suspeitada em casos de vesículas cutâneas, hiperemia conjuntival e acometimento neurológico.

Incorreta a alternativa D: o ganciclovir é o tratamento de escolha para citomegalovirose congênita. Os neonatos sintomáticos apresentam manifestações como calcificações intracranianas periventriculares, petéquias e surdez.

39 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger) Um menino de 4 anos apresentou uma doença exantemática benigna e autolimitada, na semana passada. Hoje, a mãe reparou que quando o menor foi andar de bicicleta, o exantema retornou, apesar de não termos outras manifestações associadas. Qual foi, provavelmente, essa doença exantemática que o paciente apresentou anteriormente?

- A) Exantema súbito.
- B) Sarampo.
- C) Eritema infeccioso.
- D) Rubéola.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, temos apenas uma doença exantemática que apresenta as características do enunciado: o eritema infeccioso, também chamado de parvovirose.

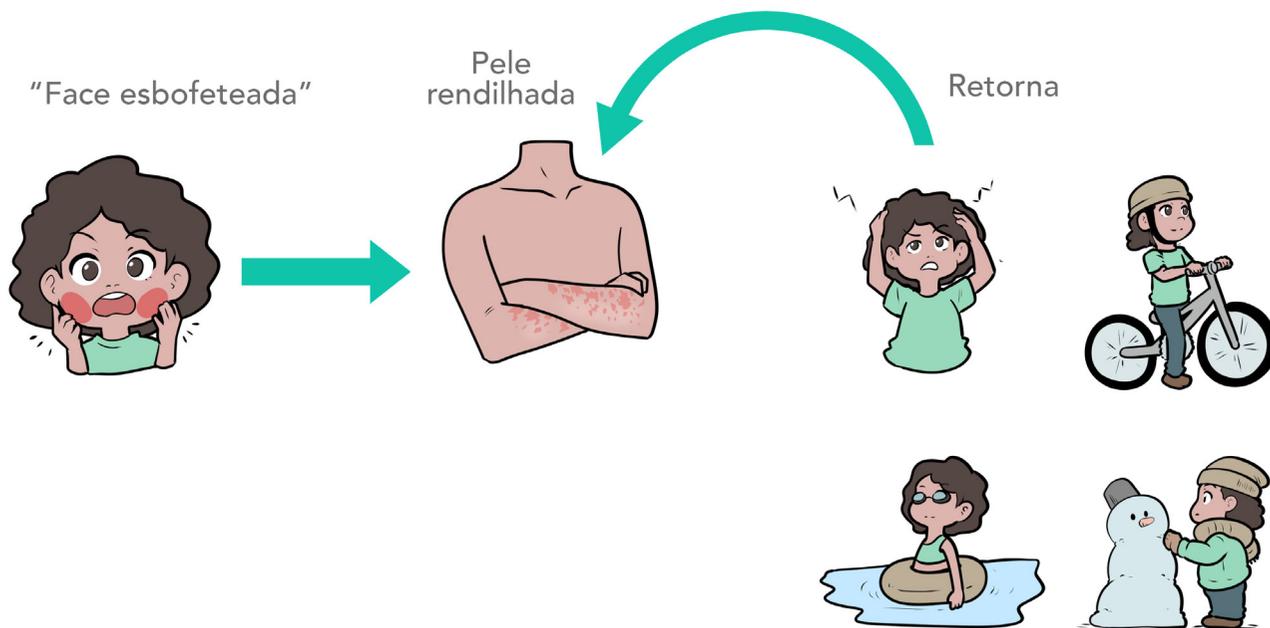
O eritema infeccioso é uma doença exantemática viral, altamente contagiosa, causada pelo parvovírus B19. O principal alvo do parvovírus B19 é a linha eritroide. A infecção lisa a célula, causando depleção dos precursores eritroides e uma diminuição transitória da eritropoiese. Para indivíduos sem comorbidades, a doença costuma ser benigna e autolimitada, porém, caso o paciente já apresente anemia hemolítica, ela poderá se complicar e pode ser necessária transfusão sanguínea.



Na clínica, geralmente, não há pródromos, sendo a primeira manifestação o próprio exantema. Ele começa na face, com um aspecto rendilhado, como se fosse uma "face esbofeteada". Em 1 a 4 dias após seu surgimento, evolui para os membros, inicialmente em face extensora, depois flexora e tronco, também de aspecto rendilhado.

O exantema pode persistir por mais de dez dias e pode exacerbar ou reaparecer quando a criança faz exercício, após estresse e na exposição ao frio ou calor.

Manifestações clínicas do eritema infeccioso



Portanto, quando o enunciado diz que a criança apresentou uma doença exantemática e que o exantema recidivou quando ela fez exercício físico, a principal hipótese diagnóstica é mesmo de parvovirose.

Incorreta a alternativa A: o exantema súbito tem um quadro clínico bem marcado em dois tempos.

1. Febre alta e mais nada.
2. Exantema que surge ao cessar da febre.

O exantema desaparece em horas a dias, sem deixar marcas.

Incorreta a alternativa B: o sarampo começa com pródromos de coriza, tosse seca, prostração intensa, conjuntivite e manchas de Koplik. Após, surge um exantema maculopapular, de início retroauricular e que pode deixar manchas acastanhadas.

Correta a alternativa C.

Incorreta a alternativa D: a rubéola traz pródromos leves, como mal-estar e febre baixa, evolui com linfonodomegalia cervical, artralgia e exantema maculopapular róseo que some sem deixar marcas.

40 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Otorrinolaringologia - Prof. Diógenes Paiva) Miguel, de 1 ano, vem em consulta na UBS trazido por sua mãe aflita por relatar cansaço e barulho respiratório ao dormir. Apresenta os sintomas desde os 4 meses de vida de forma intermitente, que piora ao se deitar, ao choro e às mamadas. Nasceu a termo com Apgar 8/10, calendário vacinal atualizado, no momento pesando 9 kg com aleitamento materno associado à dieta via oral. Apresentou ainda 3 episódios de rinossinusite viral no último ano que pioram a dispneia.

Considerando o quadro acima, assinale a alternativa correta.

- A) Laringomalácia.
- B) Laringite estridulosa.
- C) Estenose subglótica.
- D) Hemangioma subglótico.

COMENTÁRIOS:

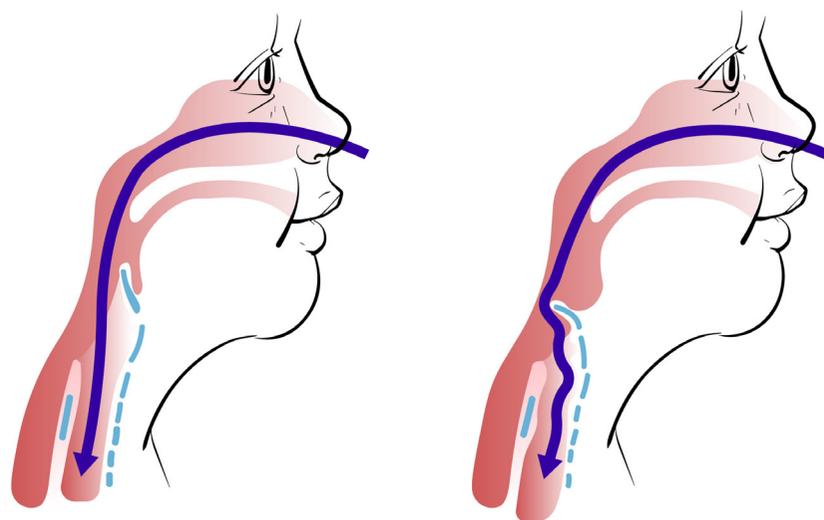
Correta a alternativa A.

Futuro Residente, tivemos aí um caso bem típico de laringomalácia que leva à preocupação de muitas mães, pois o ruído inspiratório assusta-as, sendo motivo recorrente de consultas. Esta patologia é cobrada em várias provas de R1 como diagnóstico diferencial de outras causas congênicas de estridor bem como de causas adquiridas, sendo lembrada pela banca do Hospital Israelita Albert Einstein-SP em 2023.

Essa patologia é causada por uma imaturidade do arcabouço cartilaginoso da laringe de recém-nascidos e lactentes, levando a uma oclusão das vias aéreas superiores.

Na figura abaixo, temos, à esquerda, como ocorre a passagem de ar normal das vias aéreas superiores até a traqueia e, à direita, a obstrução que ocorre na laringomalácia, causando um turbilhonamento no fluxo aéreo.

LARINGOMALÁCIA



FIQUE ATENTO!



Ela é a **principal causa de estridor em crianças com idade inferior a 30 meses** e a **segunda causa mais prevalente nas provas de Residência**, ficando atrás apenas da laringite viral (crupe).

A principal manifestação clínica dessa entidade é uma **respiração ruidosa ou estridor inspiratório que começou após o nascimento** e ocorre de forma intermitente **em pacientes previamente hígidos**.

Os fatores que podem levar à piora desse estridor cobrados em provas anteriores foram:

- amamentação ou choro;
- agitação;
- durante processos infecciosos virais das vias aéreas superiores;
- posição supina.

Se o choro for fraco, pode melhorar o estridor. Mas essa melhora dificilmente é notada pelo barulho do choro.

O estridor da laringomalácia pode também **causar dificuldade de alimentação**, pela necessidade de deglutição em uma via aérea já obstruída.

Em relação à posição, **esses pacientes apresentam melhora em decúbito ventral (prono)**.

Retrações e deformidades torácicas definitivas podem ocorrer em virtude do repetido esforço respiratório.

Uma característica importante, que ajuda a diferenciar essa patologia das outras causas de estridor, é a **ausência de sinais e sintomas relacionados a processos infecciosos**.

Nos enunciados das questões anteriores, isso foi reforçado pela descrição de **ausência de: febre, prostração, adinamia, vômitos, náuseas e diarreia**.

O diagnóstico é clínico baseado em sinais e sintomas sugestivos e confirmado por meio de uma laringoscopia com ótica flexível.

O manejo da laringomalácia depende da gravidade, mostrando-se na maioria das crianças com sintomas leves, pouco risco e apresentando resolução espontânea.



Fonte: Shutterstock.

Incorreta a alternativa B. A laringite estridulosa é uma causa não infecciosa de estridor na infância, semelhante à laringomalácia, porém não é congênita. Ela é causada, pois a laringe da criança apresenta uma maior sensibilidade a alterações ambientais, reagindo com edema temporário sem febre que leva a episódios de estridor inspiratório. Porém, não se manifesta com tanta frequência de forma recorrente, nem nos primeiros meses de vida, deixando, nesse caso específico, uma maior probabilidade de estarmos diante de uma laringomalácia, que, pela semelhança de seus sintomas com o do crupe viral, também pode ser chamada de crupe espasmódico.

Os sintomas relatados nas provas anteriores em relação a laringite estridulosa foram:

- estridor inspiratório (ou inspiração ruidosa);
- tosse seca ou “metálica”;
- dispneia com aumento do esforço respiratório;
- ausência de febre.

TOME NOTA!



Ela pode se manifestar como crises que **ocorrem de forma súbita e noturna**, apresentando-se **totalmente assintomática no intervalo entre as crises**.

O enunciado pode ainda apresentar a associação do estridor com uma coriza ou tosse leve diurna, que cedeu, e **à noite, de forma súbita, apresentou o quadro clínico descrito acima**.

Essa preponderância noturna é um importante fator na diferenciação entre essa forma de dispneia e as demais, que se apresentam de forma contínua e diuturna.

O diagnóstico é puramente clínico e, como o processo de obstrução das vias aéreas é flutuante, no momento do atendimento, os sintomas podem estar ausentes.

Incorreta a alternativa C. A paralisia congênita de prega vocal teria uma história semelhante à da estenose subglótica, causando alteração na amamentação, no desenvolvimento e mantendo episódios contínuos de dispneia com cornagem. Em casos bilaterais em adução, já indica uma traqueostomia logo após o nascimento.

Incorreta a alternativa D. Um hemangioma subglótico volumoso também teria uma evolução clínica semelhante à estenose subglótica e a uma paralisia bilateral de pregas vocais, alterando o Apgar e impedindo um desenvolvimento normal, conforme demonstrado no enunciado.

MEDICINA PREVENTIVA

41 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Dermatologia - Prof. Bruno Souza) Um lactente com 50 dias de vida foi levado à UBS com quadro de lesões na cabeça, com escamas gordurosas, espessas e aderentes, semelhantes a uma crosta láctea há 7 dias. As lesões estendiam-se para a região retroauricular e a área das sobrancelhas. Considerando-se o quadro apresentado, qual é a hipótese mais provável?

- A) Dermatite atópica.
- B) Varicela.
- C) Psoríase.
- D) Dermatite seborreica.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, perceba que esse lactente apresenta placas eritematodescamativas com crostas amareladas presentes desde os primeiros dias de vida. Essas informações são importantíssimas para chegarmos ao diagnóstico da dermatite seborreica infantil.

Incorreta a alternativa A. Sem dúvida, o principal diagnóstico diferencial da dermatite seborreica é a dermatite atópica. Lembre-se de que a dermatite atópica geralmente se inicia após os três meses e manifesta-se com lesões pruriginosas e eczematosas nas bochechas e áreas extensoras.

Incorreta a alternativa B. Na varicela (catapora), o paciente apresenta polimorfismo de lesões com pápulas, vesículas, pústulas, crostas acompanhadas de sintomas sistêmicos, como febre.

Incorreta a alternativa C. Psoríase é uma doença eritematoescamosa em que a forma vulgar se apresenta com placas eritematosas com escamas argênticas e aderidas localizadas em couro cabeludo, cotovelos, joelhos e região sacral. Os sinais semiológicos que utilizamos na psoríase são o sinal de Auspitz (ou do orvalho sangrento) e o sinal da vela. O primeiro consiste na saída de pequena quantidade de sangue quando raspamos a lesão de psoríase. Já o segundo consiste na saída de escamas de forma estratificada.

Correta a alternativa D.

A dermatite seborreica infantil geralmente se inicia nas primeiras semanas de vida e pode persistir por meses. Na maior parte das vezes, dura até 3 meses, que é o tempo que o neonato produz sebo devido à ação de hormônios maternos. É incomum o surgimento de dermatite seborreica na infância após esse período. Há uma participação da *Malassezia sp.* na fisiopatologia da dermatite seborreica. É caracterizada por escamas gordurosas e aderentes, sobre base eritematosa no couro cabeludo. Outras áreas comuns são a face e as áreas de dobras como axilas, região retroauricular, pescoço e região inguinal (área das fraldas).

42 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Neurologia - Prof. Rodrigo Frezatti) Mulher, 22 anos de idade, procura o PSF por queixa de cefaleia recorrente há cerca de 4 anos. Descreve a dor como hemicraniana direita, pulsátil, de forte intensidade, acompanhada de náuseas/vômitos, foto e fonofobia. Atualmente, apresenta cerca de 4 episódios ao mês. Não faz uso de método contraceptivo, apesar de ter relações sexuais com parceiro fixo. O exame neurológico é normal. Sobre o quadro, assinale o diagnóstico e a melhor conduta profilática.

- A) Cefaleia tensional e amitriptilina.
- B) Enxaqueca e ácido valproico.
- C) Cefaleia tensional e duloxetina.
- D) Enxaqueca e propranolol.

COMENTÁRIOS:

O primeiro ponto da questão é definir o diagnóstico. Vamos lembrar os critérios para o diagnóstico de migrânea (enxaqueca).

O paciente precisa ter apresentado ao menos 5 crises na vida que durem de 4 a 72 horas e apresentem 2 dos 4 sintomas abaixo:

- caráter unilateral;
- pulsátil;
- intensidade moderada a grave;
- piora com esforço físico.

Além disso, o paciente precisa apresentar náuseas, vômitos E/OU foto e fonofobia.

O tratamento pode ser dividido em agudo, direcionado às crises, ou profilático. O tratamento das crises deve ser escalonado, habitualmente feito com analgésicos simples ou anti-inflamatórios em crises leves a moderadas e com triptanos nas crises intensas. É importante que a medicação seja administrada nos primeiros minutos e que, quando o paciente apresentar náuseas, o uso de antiemético também seja feito. Em relação à profilaxia, estará indicada quando a frequência de crises for superior a 3 episódios por mês ou quando as crises forem de alta morbidade: auras de tronco, uso abusivo de analgésicos ou crises intensas e limitantes. Além dessas indicações, caso seja desejo do paciente, a profilaxia também estará indicada.

São várias as opções de medicamentos, sendo as classes mais comuns:

- Betabloqueadores: propranolol e metoprolol, principalmente.
- Droga antiepilépticas: ácido valproico, topiramato.
- Antidepressivos: amitriptilina, nortriptilina, duloxetina, venlafaxina.
- Outros: flunarizina, riboflavina, candesartana e, mais recentemente, os inibidores do CGRP.

Em linhas gerais, a escolha do profilático será feita a partir das características clínicas do paciente, pesando-se os efeitos colaterais e as eventuais contraindicações.

Sendo assim, o diagnóstico da paciente apresentada é de enxaqueca e a profilaxia está indicada.

Vamos às alternativas:

Incorreta a alternativa A. Como vimos, a paciente preenche critérios de cefaleia tensional, não de migrânea. Para o diagnóstico de cefaleia tensional, de forma resumida, os critérios diagnósticos são a negação dos critérios da enxaqueca. Em outras palavras, as crises devem preencher ao menos 2 de 4 características:

1. não pulsátil;
2. não unilateral;
3. não moderada a intensa;
4. não piora com esforço.

Além disso, ambos os seguintes fatores devem estar presentes:

1. ausência de náusea e vômitos;
2. apenas um de dois pode estar presente: foto e fonofobia.

Incorreta a alternativa B. De fato, o diagnóstico está correto, contudo o ácido valproico é potencialmente teratogênico. Sendo assim, não deve ser utilizado em mulheres com risco de gravidez!

Incorreta a alternativa C. Como vimos, o diagnóstico não é de cefaleia tensional. Destaco que, se fosse o caso, nas raras vezes em que é necessária a profilaxia na cefaleia tensional, os tricíclicos e, em segundo lugar, os duais são as estratégias preferenciais.

Correta a alternativa D. Exatamente! O diagnóstico está correto e o propranolol é uma alternativa de profilaxia.

43 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Psiquiatria - Prof. Thales Thaumaturgo) Que medicação a seguir é considerada de primeira linha para o tratamento dos sintomas da síndrome de abstinência alcoólica (SAA)?

- A) Carbamazepina.
- B) Haloperidol.
- C) Diazepam.
- D) Tiamina

COMENTÁRIOS:

Estrategista, o quadro da síndrome de abstinência alcoólica (SAA) pode se iniciar entre 6 e 24 horas depois do último consumo de álcool ou redução da quantidade de álcool ingerida.

A SAA é representada por sintomas como tremores, que são geralmente as primeiras manifestações clínicas, ansiedade, irritabilidade, alterações de atenção, náuseas, febre, taquipneia, sudorese, piloereção, taquicardia e alterações de pressão arterial.

Em até 10% dos casos, a SAA pode se agravar, evoluindo para um estado conhecido *delirium tremens* (DT), ocorrendo *delirium*, psicose, tremores intensos, convulsões e alteração do nível de consciência. Esse quadro normalmente surge após 48-72h após o início dos primeiros sintomas da abstinência alcoólica.

Critérios da abstinência de álcool, adaptados do DSM-5-TR

A	Cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de �lcool.
B	Dois (ou mais) dos seguintes sintomas:
1	Hiperatividade auton�mica (sudorese ou frequência cardíaca maior do que 100 bpm).
2	Tremor aumentado nas mãos.
3	Ins�nia.
4	Náusea ou vômitos.
5	Nistagmo.
6	Alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias.
7	Agitação psicomotora.
8	Ansiedade.
9	Convulsões t�nico-clínicas generalizadas.

American Psychiatric Association, 2022.

O tratamento da SAA é baseado no uso de benzodiazepínicos de meia-vida prolongada, como diazepam, clordiazepóxido e lorazepam (droga de escolha para hepatopatas).

A reposição de tiamina   mandat ria, e justifica-se para evitar a ocorrência da síndrome de Wernicke-Korsakoff (SWK), quadro provocado pela deficiência de vitamina B1. A SWK é caracterizada por amnésia, confabulações, alucinações, oftalmoparesia, ataxia, confusão mental, sendo uma emergência médica.

Para o controle de eventual agitação psicomotora intensa ou psicose grave/refratária, o uso cauteloso do antipsicótico t pico haloperidol pode ser considerado. Sua cautela justifica-se, pois, de forma geral, os antipsicóticos reduzem o limiar para convulsões, além de aumentarem o risco para arritmias cardíacas. Dessa forma, justamente, o haloperidol é o antipsicótico considerado mais seguro nesse cenário, por isso é a droga a ser escolhida.

Vamos às alternativas!

Incorreta a alternativa A: a carbamazepina é uma droga de segunda linha nesse tratamento e pode, eventualmente, substituir o uso de benzodiazepínicos nos casos leves-moderados.

Incorreta a alternativa B: o haloperidol, um antipsicótico t pico de alta potência, pode ser utilizado, em casos selecionados, para amenizar eventuais sintomas intensos de agitação/agressividade, sobretudo quando os sintomas mencionados são refratários à abordagem com benzodiazepínicos. Ressalta-se que o uso de antipsicóticos, nesse cenário, aumenta o risco de crises convulsivas, arritmias cardíacas e sedação.

Correta a alternativa C: o diazepam é um benzodiazepínico de meia-vida longa, amplamente disponível em todo o território nacional devido a seu baixo custo, eficácia e seguranç a. Além disso, possui apresentações para uso pelas vias oral e parenteral, o que permite seu uso em diversas situações clínicas. Ressalta-se que o uso intramuscular não é o mais adequado (embora possível), visto que se trata de droga altamente lipossolúvel.

Incorreta a alternativa D: a tiamina é fundamental na prevenção da síndrome de Wernicke-Korsakoff (SWK), contudo não previne ou reduz os sintomas da SAA. Dessa forma, lembre-se, ainda, de algo fundamental: no manejo de TODOS os pacientes com problemas com álcool (intoxicados ou abstinentes), devemos prescrever, de forma empírica, B1 pela via parenteral, ANTES da infusão glicose ou de soro fisiológico, justamente para realizar prevenção deste quadro.

44 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Cardiologia - Prof. Paulo Dalto) As atitudes do médico e da equipe multidisciplinar podem ajudar os pacientes a aderirem a seus tratamentos. Entre elas, está a habilidade de comunicação desses profissionais. A hipertensão arterial possui elevada incidência na população brasileira, o que torna esse grupo de medicamentos um dos mais utilizados. Sobre as atitudes do médico em relação à adesão a essa classe medicamentosa, assinale a alternativa correta.

- A) A prescrição do paciente que tem mais adesão é aquela com medicações mais caras e com maior número de comprimidos tomados por dia.
- B) O paciente que participa nas decisões terapêuticas apresenta melhor adesão ao tratamento.
- C) Consultas rápidas, com exame físico direcionado, facilitam a relação médico-paciente e a adesão ao tratamento.
- D) O envolvimento de múltiplos profissionais não médicos pode atrapalhar a adesão ao tratamento.

COMENTÁRIO:

Bom senso sempre é importante, na vida e para resolver questões. Aqui está um exemplo.

Essa questão enumera diversos aspectos sobre as atitudes e a comunicação entre o médico e o paciente hipertenso, como forma de auxiliar na aderência ao tratamento medicamentoso. Para isso, vamos consultar os direitos dos pacientes presentes no Código de Ética Médica.

O Código de Ética Médica no Brasil informa que o paciente *pode consentir ou recusar, de forma livre e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados.*

Capítulo IV; artigo 24: *É vedado ao médico deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.*

Capítulo V; artigo 31: *É vedado ao médico desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.*

Portanto, é obrigação do médico o fornecimento de um plano terapêutico compartilhado como forma de resguardar o direito de autonomia do paciente garantido pela bioética.

Incorreta a alternativa A: o médico deve facilitar ao máximo a posologia medicamentosa, incluindo drogas combinadas, quando possível, e no menor número de tomadas diárias. Essa ação é enfatizada pelas diretrizes brasileiras e estrangeiras (americana e europeia) como forma de auxílio na adesão ao tratamento. A prescrição das medicações deve levar em consideração aspectos sociais e financeiros do paciente. Um tratamento oneroso prejudica a adesão de qualquer tratamento.

Correta a alternativa B:

a participação do paciente no plano terapêutico e sua autonomia deve ser respeitada. Uma boa relação médico-paciente é fundamental para a adesão terapêutica.

Incorreta a alternativa C: pelo contrário! O esclarecimento das dúvidas e o fornecimento de informações auxiliam no vínculo médico-paciente e facilitam a adesão ao tratamento.

Incorreta a alternativa D: lógico que não! Uma equipe de saúde multidisciplinar facilita a comunicação, o plano terapêutico e, por consequência, a adesão ao tratamento. Que paciente não gostaria de se sentir acolhido por vários profissionais preocupados com seu bem-estar?

45 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Reumatologia - Prof. Taysa Moreira) Mulher de 55 anos procura atendimento na unidade básica de saúde por dor e deformidades nas mãos há cerca de 1 ano. A dor era discreta no início, mas vem apresentando piora progressiva. Surge, principalmente, durante a realização de seu trabalho como artesã e, em alguns dias, está associada à sensação de rigidez de até 20 minutos. Nega comorbidades. Diz ter realizado exames de rotina há 1 mês e que todos estavam normais. Ao exame físico, apresenta dor à palpação de interfalangeanas distais e proximais, com nodulações locais. Tendo em vista a principal hipótese diagnóstica, assinale a alternativa que NÃO contém uma medicação adequada para o tratamento.

- A) Paracetamol.
- B) Diclofenaco tópico.
- C) Prednisona.
- D) Naproxeno via oral.

COMENTÁRIO:

Estrategista, temos aqui uma mulher de meia-idade apresentando dor de características mecânicas (piora com os movimentos e está associada à rigidez com duração inferior a 30 minutos) e aumento de volume em interfalangeanas distais e proximais. Sem dúvida, diante desse padrão de acometimento, nossa principal hipótese diagnóstica deve ser osteoartrite (OA), também conhecida como artrose ou osteoartrose.

A OA é a artropatia mais prevalente no mundo e acomete principalmente mulheres após os 40 a 45 anos. Quando envolve as mãos, em geral, manifesta-se com a formação de nodulações nas interfalangeanas distais (nódulos de Heberden) e nas proximais (nódulos de Bouchard). Dor, quando presente, é normalmente discreta a moderada e apresenta características mecânicas. Existe um subtipo com características inflamatórias locais evidentes que pode, inclusive, levar à presença de erosões do tipo asa de gavota.

Dito isso, vamos às alternativas para discutir um pouco mais sobre seu tratamento:

Incorreta a alternativa A: porque, segundo os *guidelines*, o paracetamol é a droga de escolha para o tratamento inicial da OA. Apesar de seu efeito analgésico modesto, é uma droga segura se usada corretamente, por isso acaba sendo a preferência inicial para uso em idosos e pacientes com comorbidades. No Brasil, temos e podemos usar a dipirona como opção.

Incorreta a alternativa B: porque os AINEs tópicos, como a pomada ou gel de diclofenaco, apresentam a eficácia no controle da dor encontrada nessa classe de medicações, mas sem os temidos eventos adversos associados à absorção sistêmica. São excelentes opções para o tratamento da OA de mãos e joelhos dado seu perfil de segurança.

Correta a alternativa C: glicocorticoides de ação sistêmica, como a prednisona, não estão indicados no tratamento da OA. A única via de administração que demonstrou benefícios foi a intra-articular.

Incorreta a alternativa D: os AINEs de ação sistêmica, como o naproxeno por via oral, demonstraram boa eficácia no controle da dor na OA, mas, devido a seus eventos adversos, especialmente em pacientes idosos e com comorbidades, devemos sempre prescrevê-los pelo menor tempo possível, após avaliar riscos e benefícios em cada caso. Para essa paciente que, a princípio, não parece possuir qualquer contraindicação, um curso de AINE e seu uso eventual é uma possibilidade terapêutica.

46 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Medicina Preventiva - Prof. Bárbara D’Alegria) No dia 11 de abril de 2024, o Ministério da Saúde publicou a portaria 3.493, que revogou o Previne Brasil e instituiu o novo cofinanciamento federal para a Atenção Primária à Saúde. A portaria vem recebendo críticas porque suspendeu o financiamento federal do Programa Saúde na Hora, deixando-o completamente sob a responsabilidade dos municípios. O receio é o de que os municípios não tenham mais condições financeiras para manter as Unidades Básicas (UBS) participantes do programa funcionando 12 horas por dia, reduzindo, assim, o funcionamento delas para 8 horas diárias. Assinale a alternativa que representa o atributo da Atenção Primária à Saúde que será prejudicado, caso a redução do horário de funcionamento das UBS aconteça.

- A) Acesso.
- B) Longitudinalidade.
- C) Coordenação do cuidado.
- D) Integralidade.

COMENTÁRIOS:

Referência bibliográfica:

Gusso G., Machado LBM. Capítulo 4: Atenção Primária à Saúde. In: Tratado de Medicina de Família e Comunidade, de Gusso e colaboradores. Editora Artmed, 2019.

Estrategista,

As questões sobre atributos da Atenção Primária à Saúde são frequentes nas provas de Residência Médica e isso também se aplica ao Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE). Portanto, vamos revisar esse tema rapidamente:

- **Atributos essenciais:**

1. Longitudinalidade: a APS será responsável por acompanhar o paciente (ou a comunidade) ao longo do tempo (Gusso *et al.*, 2019). Portanto, tanto a unidade básica de saúde como a equipe de Saúde da Família serão pontos de referência para aquele indivíduo ou para a população.

2. Coordenação do cuidado: coordenar o cuidado nada mais é do que organizar o cuidado daquele paciente, reunindo na APS todas as informações do tratamento, mesmo que o tratamento seja compartilhado em outros níveis de saúde.

Por exemplo, suponha que o Sr. Davi faça seu acompanhamento em uma UBS, mas também foi encaminhado para o cardiologista e o nefrologista em ambulatórios da atenção secundária. A equipe de Saúde da Família será a responsável por organizar o cuidado dele, verificando quais foram as condutas estabelecidas nos ambulatórios citados.

E se o cardiologista e o nefrologista prescreveram medicações diferentes ou conflitantes (por exemplo, se o cardiologista prescreveu losartana, enquanto o nefrologista, captopril), cabe ao médico de família e comunidade entrar em contato com esses profissionais e avisar sobre o conflito, estabelecendo, assim (em conjunto com eles, claro), uma nova conduta (Gusso *et al.*, 2019).

3. Integralidade: significa ofertar serviços de diferentes naturezas para suprir todas as necessidades de saúde do paciente ou da comunidade. Por exemplo, como temos uma APS integral, é possível encontrarmos (em uma mesma unidade) serviços de imunização, assistência terapêutica, de saúde bucal, de curativos feitos pela enfermagem, e assim por diante. A integralidade também pode ser vista como “*olhar o paciente como um todo*”, isto é, ter um olhar além da doença, avaliando também seu contexto biopsicossocial (Gusso *et al.*, 2019).

4. Acesso ou primeiro contato: é a capacidade que a APS tem de absorver quem procura atendimento, permitindo, assim, que o indivíduo “entre” no SUS, já que ela é a porta principal do sistema.

É por meio do acesso que conseguimos garantir o princípio da Universalidade.

Por exemplo, as unidades não podem ter agendas fechadas ou pedir para o paciente retornar “daqui a 6 meses, apenas quando a agenda abrir”. Elas devem ser capazes de absorver a demanda. Para isso, recomenda-se que elas estabeleçam um **acolhimento com classificação de risco**, em que os casos mais urgentes serão atendidos ao longo do dia, sendo “encaixados” entre os casos agendados (é por isso que orientamos que a agenda seja organizada de forma a já deixar previamente alguns horários livres, justamente para que as demandas espontâneas sejam encaixadas ao longo do dia).

Se, após a classificação de risco, chegarmos à conclusão de que aquele paciente que compareceu por demanda espontânea não apresenta qualquer urgência e pode ser atendido de forma eletiva, conversaremos com ele e faremos a liberação com uma data de consulta. Ou seja, ele pode até não ser atendido naquele dia, mas pelo menos ele sairá da unidade com uma data de retorno para a consulta agendada. Isso é diferente de dizer que a agenda está fechada, deixando-o sem qualquer previsão de quando ele conseguiria atendimento (isso sim seria fechar o acesso) (Gusso *et al.*, 2019).

É importante frisar que, apesar de a territorialização ser uma diretriz da APS brasileira, ela não é motivo para impedir o atendimento de um indivíduo quando ele não residir na região. Por exemplo, se um paciente der entrada na UBS passando mal, é nossa obrigação ética atendê-lo, ainda que ele não tenha cadastro, sob pena de negligência médica.

De igual forma, o horário de funcionamento também influencia no acesso. Unidades que funcionam em horário ampliado, como aquelas participantes do programa Saúde da Hora, contribuem para facilitar o acesso do usuário, pois são mais horas por dia em que os serviços serão oferecidos. De igual forma, qualquer redução no horário de funcionamento contribuirá para diminuição do acesso.

- **Atributos derivados:**

- 1. Competência cultural:** é a capacidade de entender hábitos e costumes do paciente ou da comunidade, agregando-os como pontos fortes do cuidado em saúde.
- 2. Orientação familiar:** é entender como as relações familiares atuam no processo de adoecimento e como podem interferir no cuidado em saúde (Gusso *et al.*, 2019).
- 3. Orientação comunitária:** é compreender a estrutura da comunidade, como que equipamentos sociais existem na região (igrejas, *shoppings*, associações de moradores, entre outros) e o que poderia ser utilizado no planejamento em saúde, além de compreender a epidemiologia local (Gusso *et al.*, 2019).

Voltando para o enunciado, veja que o examinador afirma que o financiamento federal da Atenção Primária à Saúde mudou e que, agora, o Programa Saúde na Hora não receberá mais o incentivo federal para sua manutenção, ficando a cargo exclusivamente dos municípios. Esse é o programa responsável pelo funcionamento ampliado das Unidades Básicas de Saúde, que, ao invés de fecharem às 17h, passam a fechar às 22h, permitindo que indivíduos que trabalhem durante o dia possam agendar uma consulta noturna.

Como a revogação da portaria do programa Saúde da Hora foi uma medida que “pegou” os gestores municipais de surpresa, pode ser que o programa não seja mantido, fazendo com que as unidades participantes voltem a fechar às 17h. Ora, se isso acontecer, haverá uma restrição do acesso da população, já que a unidade ficaria aberta por apenas 8 horas diárias, ao invés de 12 horas (ou seja, 4 horas a menos). Portanto:

Correta a alternativa A, sem ressalvas.

Incorreta a alternativa B. A **longitudinalidade** não é o primeiro atributo a ser prejudicado com a diminuição do horário de funcionamento, uma vez que o indivíduo ainda pode acessar a unidade em outros horários, mantendo seu acompanhamento.

Incorreta a alternativa C. As questões sobre coordenação do cuidado geralmente focam a comunicação entre a atenção primária e os outros serviços da Rede de Atenção à Saúde por onde o paciente passou, especialmente nos outros níveis de atenção, como a secundária e a terciária. A maioria das questões fala sobre a ausência de comunicação e a falha de preenchimento do papel de referência e contrarreferência, o que prejudica a integração das informações acerca do tratamento do paciente.

Incorreta a alternativa D. A integralidade é a versatilidade de serviços oferecidos na Atenção Primária, bem como o foco em olhar o paciente como um todo. O enunciado não faz qualquer menção sobre a versatilidade ou qualquer outro aspecto da integralidade.

47 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Medicina Preventiva - Prof. Bárbara D'Alegria) Walter é o secretário de saúde de uma cidade da Amazônia Legal com 15.000 habitantes. Ao analisar os dados epidemiológicos do 1º quadrimestre de 2024, ele percebeu que a cidade havia registrado, só naquele período, 150 casos de febre de Oropouche. Desses, 50 evoluíram com gravidade, sendo que 15 evoluíram para o óbito. Em relação às medidas de saúde coletiva, qual é a assertiva que evidencia o risco de morte naqueles que estavam inicialmente saudáveis ou em risco de adoecimento?

- A) 1%
- B) 10%.
- C) 0,1%.
- D) 33,3%.

COMENTÁRIOS:

Estrategista,

Se você vai fazer prova do *Hospital Israelita Albert Einstein*, saiba que é importante treinar as medidas de saúde coletiva, pois esse é um tema frequentemente cobrado por essa banca! Então, vamos lá!

O enunciado informa que uma determinada cidade com 15.000 habitantes registrou 150 casos de febre do Oropouche. Desses, 10 foram considerados graves, sendo que 5 evoluíram para o óbito. Com essas informações, é possível calcularmos 3 medidas:

→ **Coefficiente de incidência**, que corresponde ao número de casos novos da enfermidade em relação à população em risco de adoecimento, devendo ser calculado da seguinte forma:

$$\text{Coefficiente de incidência} = (\text{N}^\circ \text{ de casos novos} / \text{população em risco de adoecimento}) \times 10^n$$

Essa medida também corresponde ao **risco de adoecimento pela doença naquela população**. Logo, para essa cidade, temos que:

$$\text{Coefficiente de incidência} = (150/15.000) \times 10^2 = 1\%.$$

Observe que o coeficiente de incidência deve ser multiplicado por uma constante multiplicativa que, por sua vez, pode variar de acordo com aquilo que é solicitado pela banca. Como as alternativas estão em porcentagens, é melhor que todos os cálculos sejam feitos sendo multiplicados por 100.

→ **Coefficiente de letalidade**, que é a proporção de óbitos pela doença em relação ao número de casos confirmados. É, portanto, o risco de morte em quem já está doente. É calculado da seguinte forma:

$$\text{Coefficiente de letalidade} = (\text{N}^\circ \text{ de óbitos} / \text{população doente ou casos confirmados}) \times 10^n$$

Para essa cidade, temos que:

Coefficiente de letalidade = $(15/150) \times 10^2 = 10\%$.

→ **Coefficiente de mortalidade específica por uma causa**, que é a divisão do número de óbitos pela doença em relação à população que estava em risco de adoecimento, isto é, a população que ainda estava saudável.

É calculado da seguinte forma:

Coefficiente de mortalidade específica por uma causa = $(N^\circ \text{ de óbitos/população em risco de adoecimento}) \times 10^n$

Para essa cidade, temos que:

Coefficiente de mortalidade específica por uma causa = $(15/15.000) \times 10^2 = 0,1\%$.

Agora vem o voo da Coruja:

É importantíssimo que você não confunda **mortalidade específica pela doença** e **letalidade**. Ambas utilizam o número de óbitos em seus cálculos, mas a diferença é que a mortalidade específica compara o número de óbitos em relação à população saudável (população em risco de adoecimento e morte), enquanto a letalidade compara o número de óbitos em relação à população que já está doente (casos confirmados).

Ou seja, primeiro o indivíduo saudável precisa adoecer (incidência) e, uma vez doente, correrá o risco de morrer (letalidade). No entanto, o risco total entre adoecer e morrer, isto é, o risco de o indivíduo saudável morrer por aquela enfermidade, será a mortalidade específica pela doença.

Não é à toa que existe a seguinte fórmula:

Mortalidade específica por uma causa = incidência x letalidade.

Se utilizarmos os valores encontrados para incidência e letalidade, encontraremos exatamente o valor da mortalidade específica (basta utilizarmos os valores brutos, sem ser em porcentagem):

Mortalidade específica = $(0,01) \times (0,1) = 0,001$. Se multiplicarmos por 100, será igual a 0,1%, mesmo valor encontrado acima.

Resumindo:

- **Incidência:** risco de um indivíduo saudável adoecer por aquela enfermidade.
- **Letalidade:** risco de morte de um indivíduo que já está doente por aquela enfermidade.
- **Mortalidade específica pela doença:** risco de um indivíduo saudável morrer por aquela doença. Como vimos, esse risco inclui a incidência porque, primeiro, ele precisa adoecer para, depois, morrer daquilo.

Pois bem. Veja que o examinador pediu o **risco de morte por Oropouche nos indivíduos saudáveis!** Ora, como vimos acima, o que ele pediu foi a **mortalidade específica por uma causa**. Portanto, o valor correto é 0,1%.

Vamos analisar as alternativas:

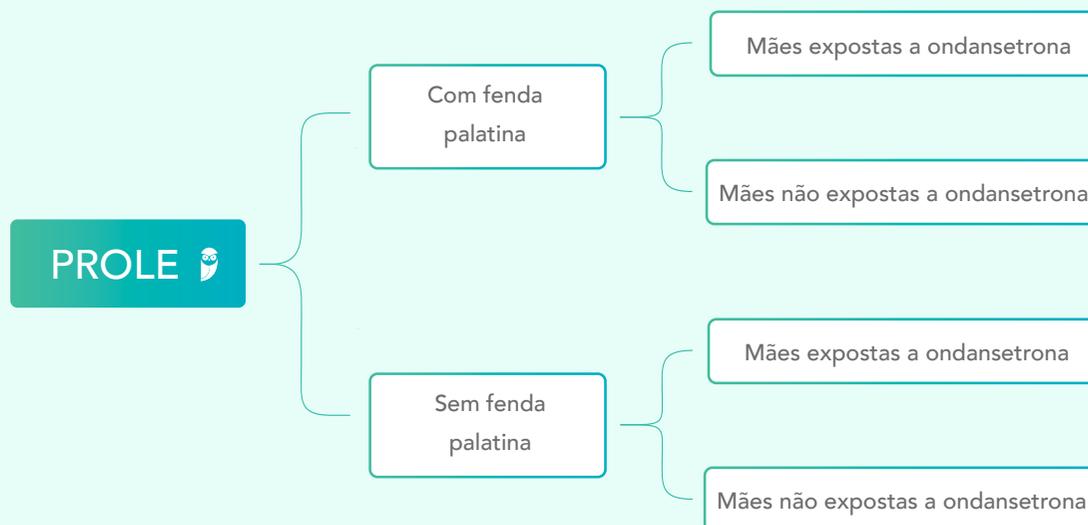
Incorreta a alternativa A, pois essa é a incidência.

Incorreta a alternativa B, pois essa é a letalidade.

Correta a alternativa C, sem ressalvas.

Incorreta a alternativa D, porque esse é o coeficiente de gravidade (n° de casos graves/casos confirmados) x 100.

48 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Medicina Preventiva - Prof. Bárbara D'Alegria) Considere a figura a seguir, referente a um estudo sobre a utilização de ondansetrona em gestantes e a frequência de defeitos no fechamento orofacial, com o surgimento de fendas palatinas.



O tipo de estudo é:

- A) caso-controle.
- B) ensaio clínico randomizado.
- C) coorte retrospectiva.
- D) coorte prospectiva.

COMENTÁRIOS:

Estrategista,

A banca do Hospital Israelita Albert Einstein tem predileção pela epidemiologia, e isso inclui os famosos estudos epidemiológicos. Observe que estamos diante de um estudo que tem por objetivo avaliar se o uso de ondansetrona durante a gestação está associado à presença de fendas palatinas. O examinador deseja saber o tipo de desenho epidemiológico utilizado e, para isso, disponibilizou uma espécie de chave de decisão do estudo.

E agora? Qual será o tipo de estudo descrito nessa imagem? Primeiro, vamos revisar rapidamente os estudos citados nas alternativas para que você fique craque!

Os **estudos de caso-controle** são desenhos epidemiológicos do tipo longitudinal e observacional, em que os indivíduos são divididos de acordo com a presença ou ausência do desfecho. O desfecho é aferido no presente momento e a exposição é investigada no passado, pois trata-se de um estudo retrospectivo. A principal crítica a esse estudo é o fato de não ser capaz de aferir a incidência ou risco absoluto, o que limita consideravelmente sua capacidade de estabelecer causalidade. Além disso, está sujeito ao famoso viés de memória, que é quando os indivíduos que não foram afetados pelo desfecho não se lembram adequadamente da exposição, já que, por não terem sido afetados, naturalmente não conseguem identificar a exposição com clareza. Em contrapartida, apresentam como vantagens o baixo custo e o menor tempo de execução. Ainda, são os desenhos preferidos para o estudo de doenças raras, bem como surtos e epidemias.

Os **ensaios clínicos randomizados** são estudos do tipo experimental e longitudinal em que os participantes são distribuídos aleatoriamente para um grupo de intervenção (que receberá uma exposição, como um medicamento) ou para um grupo controle. Caso esse grupo controle receba uma exposição inócua, será conhecido como grupo placebo. Os ensaios clínicos são sempre prospectivos, por isso a exposição é fornecida no presente e o desfecho é aferido no futuro. São estudos que geram uma elevada qualidade da evidência, sendo o padrão-ouro dos estudos primários. Como desvantagens, temos o custo elevado para sua execução.

Os **estudos de coorte** são desenhos epidemiológicos do tipo longitudinal e observacional, em que os indivíduos são divididos segundo a presença ou ausência da exposição. Dois tipos de direcionamento são possíveis: (a) o estudo pode ser prospectivo, quando inicia no presente e desenrola em direção ao futuro, ou (b) o estudo pode ser retrospectivo (coorte retrospectiva ou histórica) quando os dados já foram colhidos no passado, mas a divisão dos participantes nos grupos só ocorreu no presente. No entanto, mesmo sendo retrospectivo, os participantes são divididos segundo a presença ou ausência da exposição no passado e o estudo “vem seguindo” na linha do tempo desde o passado até o presente, quando o desfecho é aferido.

Agora vem o voo da Coruja: é muito fácil confundirmos as coortes com os estudos de caso-controle, principalmente quando estamos diante das coortes retrospectivas, já que ambos são longitudinais e observacionais. Dessa forma, a principal diferença entre os estudos de coorte e os estudos de caso-controle é a forma como os participantes são divididos!

Por exemplo, nos estudos de coorte, os participantes são divididos de acordo com a presença ou ausência da exposição! Em contrapartida, nos estudos de caso-controle, os grupos são formados a partir do desfecho, isto é, separamos os participantes em quem tem o desfecho (casos) e quem não o tem (controles).

Nesse sentido, observe o esquema acima. Veja que iniciamos a divisão pela prole, que foi agrupada em dois grupos: crianças com fenda palatina e crianças sem fenda palatina. A partir disso é que foram analisadas as frequências da exposição (uso de ondansetrona pelas mães grávidas) nos dois grupos.

Ora, a fenda palatina nada mais é do que o desfecho! Portanto, trata-se de um estudo de caso-controle.

Se porventura estivéssemos diante de uma coorte, teríamos a divisão pelas mães (expostas e não expostas), ainda que fosse um estudo de coorte retrospectiva.

Portanto:

Correta a alternativa A, sem ressalvas.

Incorreta a alternativa B. Observe que em nenhum momento foi mencionado que os pesquisadores forneceram a ondansetrona para as mães enquanto elas ainda estavam grávidas. Além disso, observe que o desfecho avaliado é uma malformação. Nesse sentido, seria antiética a realização de um ensaio clínico cuja exposição pudesse trazer malefícios para as participantes ou suas proles. Logo, esse é um tipo de estudo que não seria aprovado pelo Comitê de Ética por não cumprir o princípio bioético da não maleficência.

Incorreta a alternativa C. Se esse estudo fosse uma coorte, ainda que retrospectiva, os dois principais grupos teriam sido formados a partir da divisão entre expostos e não expostos (mães que usaram ondansetrona na gestação e as que não usaram), e não a partir de quem nasceu com a fenda palatina (desfecho) e quem não tem essa condição clínica (ou seja, não seria divididos em casos e controles).

Incorreta a alternativa D. Aqui, vale a mesma explicação da alternativa C, porque a diferença entre coortes e casos-controles não reside no sentido da linha do tempo (prospectivos ou retrospectivos), e sim na forma de divisão dos participantes.

Em tempo: atualmente, não há restrição do uso de ondansetrona por gestantes. Em nota publicada em 2019, a FEBRASGO cita a baixa qualidade da evidência dos estudos publicados, bem como número insuficiente de artigos, o que impede o estabelecimento de uma relação causal adequada entre o uso daquele antiemético e a ocorrência de fendas palatinas. Por isso, a FEBRASGO orienta o uso com precaução, mas não vê motivos para a proibição de seu uso nas gestantes. Veja a nota da FEBRASGO em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/873-ondansetrona-no-tratamento-das-nauseas-e-vomitos-na-gravidez>

49 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Medicina Preventiva - Prof. Bárbara D'Alegria) Um teste diagnóstico foi desenvolvido por uma grande empresa de soluções em medicina com o objetivo de facilitar o diagnóstico da covid-19 por meio da saliva. O estudo de acurácia acerca desse teste foi publicado em uma revista muito bem conceituada no meio médico e demonstrou que, para uma população com 1.000 pessoas e prevalência igual a 20%, o melhor ponto de corte foi estabelecido quando a sensibilidade estava em 90% e a especificidade em 95%. Diante desses dados, assinale a alternativa que aponta a informação correta.

- A) A razão de verossimilhança positiva (RV+) é igual a 18.
- B) O valor preditivo positivo do novo teste é igual a 60%.
- C) O *odds ratio* diagnóstico é igual a 1,71.
- D) Se o teste for aplicado em uma população com prevalência igual a 30%, provavelmente a sensibilidade e a especificidade reduzirão proporcionalmente para 80 e 85%.

COMENTÁRIOS:

Estrategista,

Estamos diante de uma questão que é um pouco mais trabalhosa do ponto de vista matemático, mas que é a “cara” das bancas de São Paulo, especialmente do Hospital Israelita Albert Einstein.

O primeiro ponto fundamental aqui é desenharmos nossa tabela de contingência 2 x 2. Veja que a população tem 1.000 indivíduos, sendo que a prevalência de covid-19 é igual a 20%. Isso significa que temos 200 pessoas com a enfermidade e 800 saudáveis:

→ **Nº de doentes = população total x prevalência = 1.000 x 0,2 = 200.**

→ **Nº de saudáveis = população total – nº de doentes = 1.000 – 200 = 800.**

Ora, se temos 200 indivíduos doentes e a sensibilidade é igual a 90%, isso significa que o teste reconhecerá 180 enfermos como verdadeiro-positivos (VP), enquanto os demais 20 receberão erroneamente um resultado falso-negativo (FN):

→ **Nº de verdadeiro-positivos = sensibilidade x nº de doentes = 0,9 x 200 = 180.**

→ **Nº de falso-negativos = nº de doentes – nº de VP = 200 – 180 = 20.**

De igual forma, se temos 800 indivíduos saudáveis e a especificidade do teste é igual a 95%, isso significa que o teste reconhecerá 760 verdadeiro-negativos (VN), enquanto 40 receberão um resultado falso-positivo (FP):

→ **Nº de verdadeiro-negativos = especificidade x nº de saudáveis = 0,95 x 800 = 760.**

→ **Nº de falso-positivos = nº de saudáveis – nº de VN = 800 – 760 = 40.**

Agora sim, podemos montar nossa tabela de contingência 2 x 2:

	Doentes (com covid-19)	Saudáveis (sem covid-19)	Total
Teste salivar positivo	180	40	220
Teste salivar negativo	20	760	780
Total	200	800	1.000

Agora sim, vamos analisar as alternativas:

A. “A razão de verossimilhança negativa é igual a 0,3”.

Correta a alternativa A. Essa é a alternativa correta e você vai perceber que, para chegar a esse resultado, não era preciso perder tempo montando a tabela de contingência 2 x 2. Isso porque o cálculo da RV positiva é feito a partir da sensibilidade e da especificidade e tais valores já estavam presentes no enunciado! Qual é a grande lição que fica aqui? Antes de “sair fazendo” cálculos, observe as alternativas e veja aquelas que podem ser calculadas já com os dados fornecidos pelo enunciado. Talvez você já encontre a alternativa correta, poupando, assim, tempo de prova.

A razão de verossimilhança positiva (RV+) é a medida que compara a *probabilidade de um indivíduo doente ter um resultado positivo (verdadeiro-positivo)* com a *probabilidade de um indivíduo saudável ter o mesmo resultado positivo (falso-positivo)*. O ideal é que tenhamos uma RV+ elevada, já que isso indicará que a probabilidade de termos um verdadeiro-positivo é maior. Essa medida é calculada da seguinte forma:

→ Razão de verossimilhança positiva (RV+) = sensibilidade/(1-especificidade)

→ Razão de verossimilhança positiva (RV+) = $0,90/(1-0,95) = 18$.

Veja que o teste salivar apresentou uma RV+ muito elevada (acima de 10), o que demonstra que os resultados positivos desse teste têm elevado poder discriminatório, confirmando a doença.

B. “O valor preditivo positivo do novo teste é igual a 60%”.

Incorreta a alternativa B. O valor preditivo positivo (VPP) é a proporção de verdadeiro-positivos entre os resultados positivos e indica a probabilidade de um resultado positivo ser verdadeiro. Deve ser calculado da seguinte forma:

→ VPP = $[VP/(VP+FP)] \times 100 = (180/220) \times 100 = 81,81\%$.

Portanto, a assertiva está incorreta ao dizer que o VPP é igual a 60%.

C. “O odds ratio diagnóstico é igual a 1,71”.

Incorreta a alternativa C. O odds ratio diagnóstico (ODR) é uma medida em que comparamos os produtos dos resultados verdadeiros (verdadeiro-positivo x verdadeiro-negativo) em relação aos produtos dos resultados falsos (falso-positivo x falso-negativo). Veja, portanto, que ele é calculado de forma semelhante ao famoso odds ratio que já conhecemos dos estudos de caso-controle.

No caso do odds ratio diagnóstico, o ideal é que ele tenha valor superior a 1, pois isso indica que o produto dos resultados verdadeiros é maior. Além disso, quanto maior for seu valor, melhor será o teste, pois isso também indica uma maior proporção de resultados verdadeiros em relação aos resultados falsos. Vamos verificar, agora, como deve ser feito esse cálculo:

→ ORD = $(VP \times VN)/(FP \times FN) = (180 \times 760)/(20 \times 40) = 136.800/800 = 171$.

Portanto, a assertiva está incorreta porque o valor verdadeiro é 171, e não 1,71.

D. “Se o teste for aplicado em uma população com prevalência igual a 30%, provavelmente a sensibilidade e a especificidade reduzirão proporcionalmente para 80 e 85%”.

Incorreta a alternativa D. Grave um conceito muito importante: quando a prevalência de uma doença se alterar em uma população, nada acontecerá com a sensibilidade e a especificidade do teste, pois essas são propriedades intrínsecas do teste, modificando-se apenas quando há alteração do ponto de corte. De igual forma, as razões de verossimilhança também não são influenciadas pela prevalência da enfermidade.

Em contrapartida, os valores preditivos são as propriedades que sofrerão com as mudanças da prevalência. De forma geral:

→ conforme a prevalência aumenta, o valor preditivo positivo aumenta, enquanto o valor preditivo negativo diminui.

→ conforme a prevalência diminui, o valor preditivo positivo diminui, enquanto o valor preditivo negativo aumenta.

Observe, portanto, que a prevalência e o VPP são diretamente proporcionais, enquanto a prevalência e o VPN apresentam relação inversa.

Como a questão afirma que a sensibilidade e a especificidade mudarão com o aumento da prevalência, por tudo o que foi exposto acima, podemos dizer que a assertiva está incorreta.

Portanto:

Correta a alternativa A, sem ressalvas.

Incorretas as alternativas B, C e D, conforme explicado acima.

50 – (Estratégia MED 2024 – Inédita – Medicina Preventiva - Prof. Bárbara D'Alegria) Lyla, 50 anos, procurou a Unidade Básica de Saúde para solicitar a visita domiciliar da médica da equipe com urgência, pois sua mãe, dona Adalgisa, apresentava-se inconsciente após cair da cama. A paciente tem 94 anos, é lúcida e bem-humorada, e faz acompanhamento regular na unidade para hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus*, tendo sofrido previamente dois acidentes vasculares encefálicos. No último evento, permaneceu com uma hemiparesia à direita que dificultava sua locomoção. Apesar da dificuldade, apresenta uma excelente rede de apoio, em que os filhos e netos se revezam para cuidar dela. Ao chegar no domicílio, a médica constatou o óbito da paciente. O exame do corpo demonstrou um hematoma na parte lateral direita da face e na face lateral da coxa direita. Embora não se possa ter certeza dos fatos, a médica concluiu que Adalgisa provavelmente tentou levantar-se da cama, mas, devido à hemiparesia à direita, acabou se desequilibrando e caindo sobre esse lado. Ainda, a médica postulou a hipótese de que a paciente talvez tenha tentado se levantar, mesmo sem ajuda, porque provavelmente estaria passando mal e tentou pedir ajuda. Diante dos fatos, a conduta que deve ser tomada pela médica é:

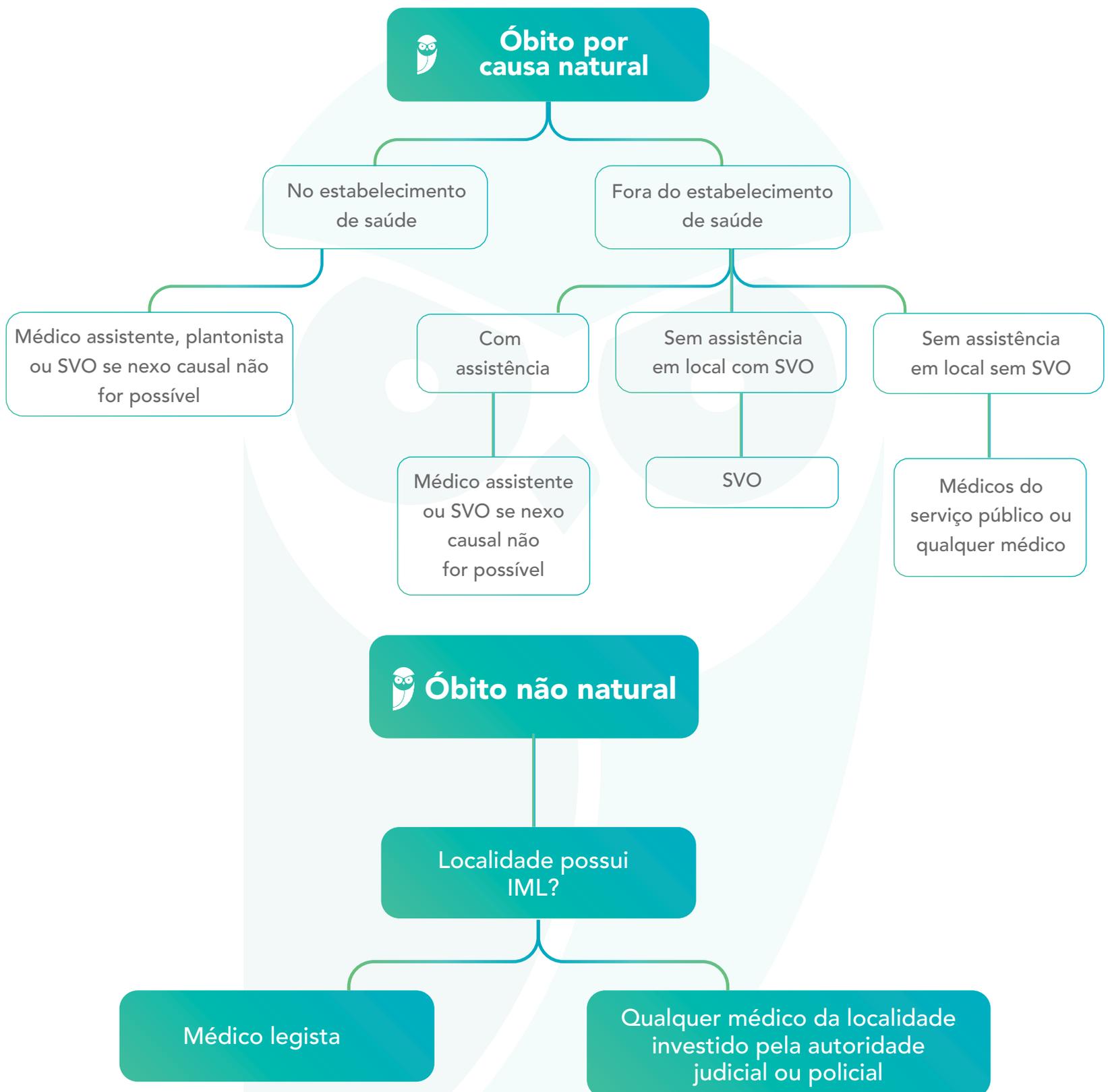
- A) não preencher a declaração de óbito e acionar o Instituto Médico Legal da localidade.
- B) não preencher a declaração de óbito e acionar o Serviço de Verificação de Óbitos da localidade.
- C) solicitar que a técnica de enfermagem retorne rapidamente até a unidade e volte ao domicílio com o aparelho portátil de eletrocardiograma, para que o óbito seja constatado por meio da assistolia.
- D) preencher a declaração de óbito, pois a paciente era regularmente acompanhada pela unidade, com bom histórico familiar, não havendo motivos para dificultar o processo de registro da morte no cartório de registro civil.

COMENTÁRIOS:

Estrategista,

Estamos diante de uma questão de declaração de óbito que tem por objetivo abordar especificamente o fluxo de preenchimento da DO, isto é, quando devemos preencher esse documento e quando devemos acionar o IML ou o SVO?

Pois bem, de forma geral, devemos seguir os seguintes fluxogramas:



Imagens extraídas do livro “Sistemas de Informações em Saúde” do curso extensivo para Residência Médica do Estratégia MED.

Observe que o ponto inicial é identificarmos se o paciente apresentou uma morte natural ou não natural. No caso dos óbitos naturais, a conduta subsequente dependerá de se o paciente teve acompanhamento médico. Em caso positivo, sendo possível estabelecer a sequência de causas da morte, o próprio médico assistente (ou substituto) poderá preencher o atestado de óbito, mesmo que o paciente tenha falecido em seu domicílio.

No entanto, se a morte for não natural, ainda que o paciente apresentasse acompanhamento médico por outras causas, a declaração não deverá ser preenchida, uma vez que óbitos por causas externas (violência, traumas como acidentes e até quedas da própria altura, ou de locais como sofá e cama) deverão ter suas declarações preenchidas pelo IML. Logo, temos que:

Correta a alternativa A.

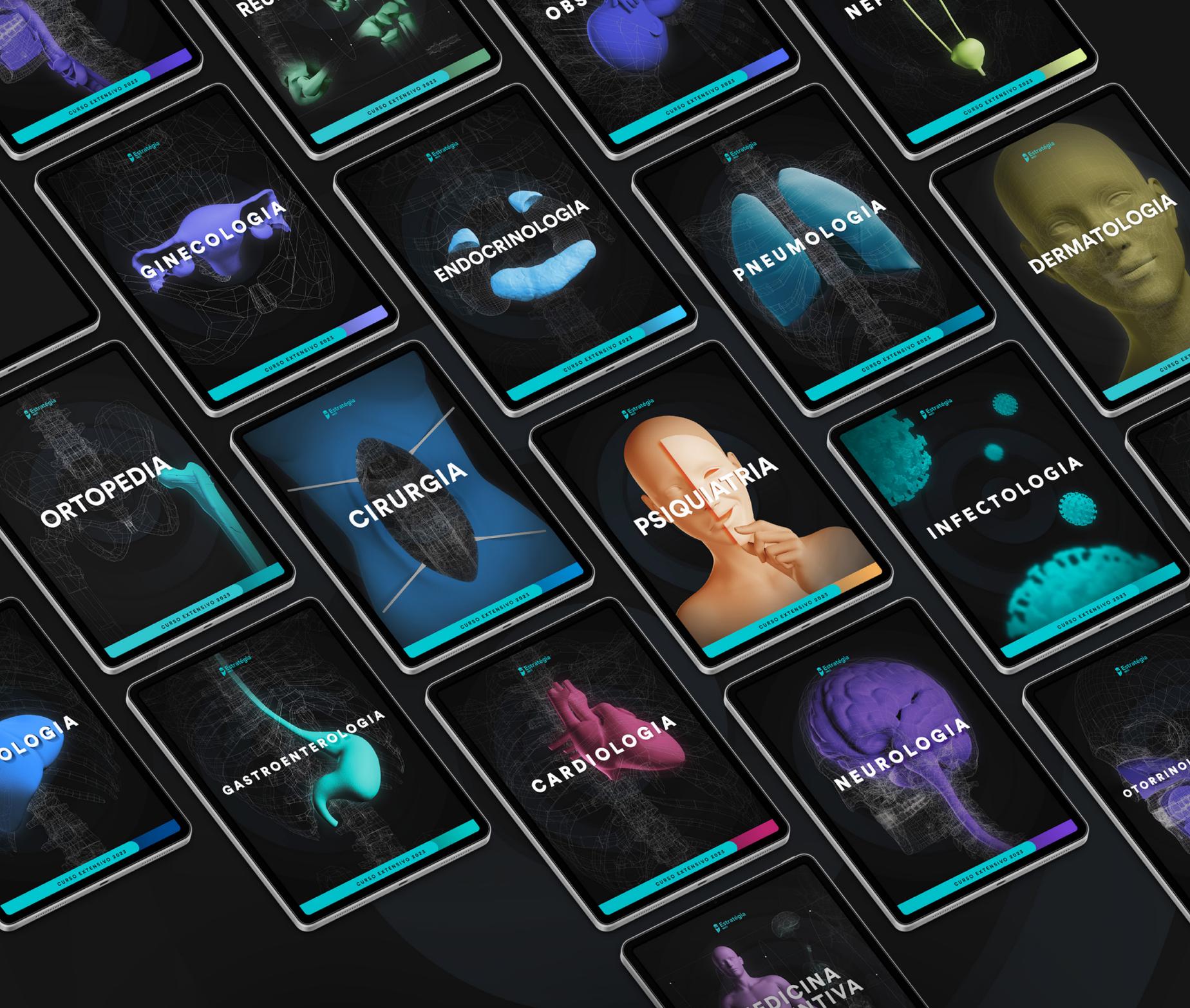
A paciente sofreu um trauma, que foi a queda da cama. Observe que, embora tenham sido levantadas algumas hipóteses, não se pode ter certeza se a paciente passou mal e por isso caiu da cama (ou seja, o trauma estaria envolvido na causa terminal) ou se a paciente primeiro caiu, sofreu algum tipo de fratura ou TCE e por isso faleceu (ou seja, o trauma é a causa básica). Veja que o próprio enunciado fala que não se pode ter certeza dos fatos. Por isso, por mais que a paciente tenha uma família estruturada, é necessário que o IML preencha essa declaração de óbito.

Incorreta a alternativa B. O SVO deve ser acionado para pacientes que acabam falecendo sem assistência médica, mas supostamente por causas naturais, já que o exame do corpo não demonstrará sinais de violência ou trauma. Esse não é o caso de Adalgisa, pois há um trauma envolvido no processo de morte.

Incorreta a alternativa C. Não há qualquer indicação de realização de eletrocardiograma para a constatação do óbito, bem como qualquer outro exame complementar, no diagnóstico habitual da morte, uma vez que tal diagnóstico é feito pelo exame físico, verificando-se a presença de sinais abióticos (isto é, de ausência de vida), como ausência de batimentos cardíacos e de respiração, fácies hipocrática, relaxamento de esfíncteres, e outros sinais tanatológicos, como rigor mortis e livor cadavérico, por exemplo. A realização de exames complementares para o diagnóstico da morte aplica-se apenas no contexto da morte encefálica, conforme a Resolução CFM 2.173/17, o que não é o caso de dona Adalgisa.

Incorreta a alternativa D. Essa alternativa seria verdadeira se a paciente não apresentasse qualquer sinal de trauma, evidenciando morte por causas naturais. Como ela tinha acompanhamento regular na unidade, a médica poderia preencher a declaração de óbito sem maiores problemas. No entanto, como há a queda da cama, inclusive com formação de hematomas, é necessário acionar o IML.

[VEJA O RANKING](#)



Conquiste sua vaga com os produtos do Estratégia MED

Quer ser aprovado? Comece por aqui:

med.estrategia.com