

**Concurso Público – Edital Nº 327, de 30 de abril de 2012.**

**Resultado dos recursos interpostos da prova de Médico – Clínica médica**

**Prova específica – Questão 24**

Há uma afirmativa equivocada no recurso (o teste de neostigmina é eficaz apenas em pacientes com forma ocular pura): o teste da neostigmina não é eficaz apenas na forma ocular da miastenia gravis, ele também o é nas formas generalizadas. Habitualmente fazemos o teste em pacientes nas formas generalizadas com sintomas oculares associados : as melhoras nesses músculos são mais óbvias no pós teste. Isso foi observado e relatado pela Dra Mary Walker em uma carta para a revista Lancet em 1934 em uma mulher com 56 anos e forma generalizada com manifestações oculares e depois desse relato a droga foi usada como padrão no tratamento de miastenia gravis até os idos de 1950-1960. Na série de Beckmand et al., 1997; 84% dos pacientes com forma generalizada tinham o teste positivo e 60% dos pacientes com forma ocular foram positivos para o teste. Phillips et al., 1990 estimaram a sensibilidade do teste em 95 % na forma generalizada e 86% na forma ocular. Nicholson et al., 1983 relatam 88% de sensibilidade na forma generalizada e 92% na forma ocular. Outros autores relatam maiores sensibilidades na forma ocular ( não compararam com a forma generalizada, como Padua et al e Evoli et al). A nona edição do Adams ( Principles of Neurology-2009) atesta que o teste da neostigmina é tão valioso quanto os estudos neurofisiológicos). O teste negativo não exclui totalmente mas é ponto forte contra o diagnóstico. Inclusive, Adams pontua que em fases iniciais da forma ocular pura o teste pode ser inclusive, negativo.

A ocorrência de efeitos adversos com o teste (0,16%) é rara e mais comum em idosos, portadores de arritmia e asma (nenhum desses fatores de risco está presente na paciente em questão). O teste deve ser realizado sempre em ambiente hospitalar com atropina em mãos caso haja efeitos colaterais ( o principal deles é bradicardia, mas pode haver náusea, vômito, diarreia, sudorese e salivação)

O caso da questão é de uma clássica miastenia gravis. Os principais diagnósticos diferenciais no caso acima são o botulismo, intoxicação por organofosforados e síndrome de Eaton Lambert. Nenhuma dessas doenças é diagnosticada por líquido. A síndrome de Guillain Barré o seria ( a rara variante de Miller Fisher, que cursa com ataxia e oftalmoplegia) . A paciente da questão não tinha ataxia e tinha ptose, o que não costuma ocorrer em Miller Fisher. A dosagem de anticorpos tem lugar na miastenia, (80 a 90 % na forma generalizada) mas não como primeiro teste em um contexto de urgência.

Recurso **INDEFERIDO**, questão e gabarito CORRETOS.

### **Prova específica – Questão 30**

A alternativa correta, a letra “A”, afirma que “***De acordo com a literatura disponível, o uso de Bactrim® apresenta a mesma eficácia terapêutica que a combinação de sulfadiazina e pirimetamina para o tratamento de neurotoxoplasmose***”, o que conduz com a verdade. Ou seja, não há estudos publicados em humanos afirmando o contrário. A alternativa “A” **não afirma**, porém, que Bactrim é a primeira opção para o tratamento da neurotoxoplasmose em pacientes com Aids, e **não afirma** que o nível de evidência dos estudos que compararam Bactrim com o tratamento de primeira linha é suficiente para que esse substitua o atual tratamento de escolha. Portanto, os argumentos apresentados pelos interpoentes não justificam qualquer mudança na questão #30.

Recurso **INDEFERIDO**, questão e gabarito CORRETOS.

### **Prova específica – Questão 32**

O guia de recomendações do IDSA, publicado em 2011, e citado pelo interpoente, coloca a presença de “new pulmonary infiltrate or hypoxemia, or underlying chronic lung disease” como um fator de “alto risco” em pacientes neutropênicos febris. Além disso, nesse mesmo guia de recomendações, a adição de vancomicina ao esquema de terapia antibiótica empírica é claramente indicada se houver presença de pneumonia confirmada por radiografia (Pneumonia documented radiographically). Pelo exposto, mantém-se como única alternativa correta da questão 32, a letra “A”.

Recurso **INDEFERIDO**, questão e gabarito CORRETOS.

### **Prova específica – Questão 36**

**Deferido**, questão ANULADA.

### **Prova específica – Questão 39**

Um problema particular na ventilação de pacientes com obstrução de via aérea é o desenvolvimento de PEEP intrínseco (auto-PEEP), que é a diferença entre a pressão alveolar e a pressão na via aérea proximal medida no final da expiração. Auto-PEEP é o resultado de aprisionamento de ar devido a baixo fluxo expiratório através da via aérea obstruída. A auto-PEEP pode ser agravada por: frequência respiratória aumentada, baixos fluxos inspiratórios e ventilação por tubo endotraqueal pequeno. A consequência do auto-PEEP inclui a elevação do pico de pressão inspiratória e de platô, hipotensão, e aumento do trabalho respiratório.

Para desenvolver uma pressão negativa para iniciar a respiração, o paciente deve inicialmente criar uma pressão negativa intrapleural para reverter a auto-PEEP e então ainda mais a pressão negativa intrapleural antes de do fluxo inspiratório iniciar. Este efeito pode ser superado pela aplicação de PEEP externo equivalente ou um pouco menos que o auto-PEEP. O efeito deste PEEP externo é de reduzir o trabalho respiratório. Estudos mostram que a aplicação do PEEP externo não agrava a hiperinsuflação ou leve a um comprometimento hemodinâmico.

A paciente do caso da questão 39 apresenta dificuldade em ciclar o respirador consequente de um auto-PEEP de 18 cmH<sub>2</sub>O, levando a um aumento do trabalho respiratório. A medida mais eficaz para a redução do trabalho respiratório é a aplicação do PEEP externo. A frequência respiratória do paciente da questão também apresentava FR elevada (FR=16) levando a uma relação i:e de 1:3. O volume corrente aplicado é de 7,6 mL/kg. A redução do volume corrente não reduzirá o trabalho respiratório e ainda pode levar a hipoventilação alveolar piorando a acidose respiratória. Concluindo a conduta mais adequada para este caso preconizada na literatura é a redução da FR para aumentar a relação i:e, aumentando o tempo expiratório e a aplicação do PEEP extrínseco para reduzir o trabalho respiratório.

REFERÊNCIA: Richard S. Irwin; James M. Rippe. Intensive Care Medicine. 2008

Recurso **INDEFERIDO**, questão e gabarito CORRETOS.

### **Prova específica – Questão 42**

O PH, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> e PCO<sub>2</sub> arterial da paciente estão perto dos valores normais. No entanto, o valor ligeiramente elevado do anion-gap (AG) sugere que um acréscimo de ácidos está presente e que a paciente pode ter acidose metabólica. O volume do líquido extracelular (LEC) está contraído, sendo assim a quantidade de HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> em seu compartimento de LEC deve ser calculado. Utilizando-se o hematócrito de 0,55 para este propósito, o volume de plasma da paciente é calculado como perto de 1,5L em vez do valor normal de 3 L, consequentemente o volume LEC está reduzido em aproximadamente 50% (aproximadamente 5L em vez de 10L). De acordo com o caso apresentado, esta redução acentuada do seu volume de LEC é devido à perda urinária de NaCl durante a diurese osmótica prolongada, a qual foi impulsionada pela grande ingestão de açúcar no suco de fruta. Este volume de LEC reduzido e os níveis quase normais de HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> indicam que a paciente tem um déficit significativo de NaHCO<sub>3</sub> em seu compartimento de LEC (5 × 21 mmol/L = 105 mmol HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>). Analisando mais cuidadosamente, o valor elevado de AG foi devido em grande parte a uma albumina plasmática elevada, o que representa um volume de LEC contraído, e em parte pelo acréscimo de ácidos novos (por exemplo, betahidroxibutirato). Assim, a paciente tem acidose metabólica devido predominantemente a um déficit de NaHCO<sub>3</sub>. Este déficit de HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> representa uma perda indireta de NaHCO<sub>3</sub> causado pela excreção de ânions cetoácidos, juntamente com Na<sup>+</sup> na urina, porque a taxa de excreção de NH<sub>4</sub><sup>+</sup> não está elevada no início do curso da cetoacidose diabética.

Recurso **INDEFERIDO**, questão e gabarito CORRETOS.

### **Prova específica – Questão 44**

Trata-se de paciente 32 anos, sexo feminino, com quadro clínico muito sugestivo de hipertireoidismo, com várias manifestações clínicas típicas. A arritmia em questão é a fibrilação atrial. Como neste caso a arritmia é de curta duração e a paciente estava estável do ponto de vista hemodinâmico (ausência de hipotensão, síndrome coronariana aguda ou edema agudo pulmonar) a primeira opção é o tratamento medicamentoso com betabloquador associado ao tratamento específico do hipertireoidismo (assim que confirmado laboratorialmente) com drogas anti-tireoide (alternativa A correta). A cardioversão elétrica é escolha quando o paciente encontra-se instável hemodinamicamente, o que não é o caso desta paciente (alternativa B incorreta). A amiodarona deve ser evitada em pacientes com tireoidopatias, portanto a alternativa C é incorreta. Finalmente, não se trata de um caso de síndrome coronariana aguda, de forma que a alternativa D é incorreta.

A candidata se equivocou ao considerar que a paciente apresentava-se instável hemodinamicamente. As diretrizes da American Heart Association e European Society of Cardiology consideram instabilidade hemodinâmica a presença de hipotensão, síndrome coronariana aguda ou edema agudo pulmonar (1-3).

#### Referências

1. European Heart Rhythm A, European Association for Cardio-Thoracic S, Camm AJ, Kirchhof P, Lip GY, Schotten U, et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*. 2010;31(19):2369-429.
2. Fuster V, Ryden LE, Cannom DS, Crijns HJ, Curtis AB, Ellenbogen KA, et al. 2011 ACCF/AHA/HRS focused updates incorporated into the ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. *Circulation*. 2011;123(10):e269-367.
3. Fuster V, Ryden LE, Cannom DS, Crijns HJ, Curtis AB, Ellenbogen KA, et al. ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for the Management of Patients with Atrial Fibrillation: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2001 Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation): developed in collaboration with the European Heart Rhythm Association and the Heart Rhythm Society. *Circulation*. 2006;114(7):e257-354.

Recurso **INDEFERIDO**, questão e gabarito CORRETOS.

### Prova específica – Questão 45

Deferido, questão ANULADA.

### Prova específica – Questão 47

Trata-se de paciente 35 anos, masculino, com historia de dor torácica e diaforese, além de uso recente de cocaína. Eletrocardiograma mostra padrão de repolarização precoce (alternativa A incorreta, pois não se trata de um caso de síndrome coronariana aguda com supradesnivelamento do segmento ST). Uma boa anamnese é essencial, a fim de investigar as características da dor torácica, pois pode se tratar de um caso de síndrome coronariana aguda sem supradesnivelamento do segmento ST (alternativa B correta), dissecação de aorta, ou mesmo uma dor de origem osteo-muscular. A avaliação clínica (anamnese e exame físico completos) deve ser conduzida antes de iniciar medicamentos, pois a abordagem será diferente de acordo com a suspeita diagnóstica, o que já torna a alternativa C incorreta. Além disso, segundo recomendações das diretrizes da *American Heart Association*, betabloqueadores não devem ser administrados em pacientes com síndrome coronariana aguda relacionada ao uso de cocaína devido ao risco de exacerbar vasoespasmos coronarianos. A alternativa D também é incorreta, pois seria um tratamento para pericardite, mas história clínica e eletrocardiograma não são sugestivos.

O candidato se equivocou ao considerar que deveria ser iniciado “protocolo padrão” para síndrome coronariana aguda antes mesmo de realizar anamnese para investigar características da dor torácica.

#### Referência

1. McCord J, Jneid H, Hollander JE, de Lemos JA, Cercek B, Hsue P, et al. Management of cocaine-associated chest pain and myocardial infarction: a scientific statement from the American Heart Association Acute Cardiac Care Committee of the Council on Clinical Cardiology. *Circulation*. 2008;117(14):1897-907.

Recurso **INDEFERIDO**, questão e gabarito CORRETOS.