

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Escola Superior de Ciências da Saúde
Edital Normativo N° 1 – RM/SES-DF/2019, de 27 de Agosto de 2018.

JUSTIFICATIVAS PARA AS ALTERAÇÕES DO GABARITO PRELIMINAR

Anestesiologia (402), Clínica Médica (404), Dermatologia (405), Genética Médica (406), Medicina de Família e Comunidade (408), Medicina do Trabalho (409), Obstetrícia e Ginecologia (412), Oftalmologia (413), Ortopedia e Traumatologia (414), Pediatria (417), Psiquiatria (418), Radiologia e Diagnóstico por Imagem (419), Medicina de Emergência (420) e Medicina Física e Reabilitação (421).

Item 4-A/24-B/20-C/13-D: o item foi alterado para a alternativa “C”, pois ABESO (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome metabólica) no artigo “Vitaminas e suplementos no Pós-Operatório de Cirurgia bariátrica” publicado em 21 de Novembro de 2016. Trás consigo afirmações como: Diversos mecanismos estão envolvidos na deficiência de ferro no paciente bariátrico e podem levar à anemia ferropriva e suas consequências. Entre estas causas podemos citar: “Aumento da concentração de hepcidina, decorrente do estado inflamatório crônico da obesidade e que leva a um aumento da excreção de ferro pelas fezes; Redução da secreção de ácido clorídrico pelo pequeno estômago, que é fundamental para auxiliar na absorção do ferro dos alimentos e dos suplementos orais; Redução do consumo de carne vermelha, que é a principal fonte de ferro dos alimentos, seja por intolerância ou por saciedade precoce; e Perda por hemorragias, como observado em mulheres com fluxo menstrual aumentado.” “A vitamina B12, para ser absorvida, também necessita de ácido clorídrico e fator intrínseco, sendo que ambos têm sua produção reduzida pelo estômago operado, que está significativamente menor.”

Item 8-A/4-B/24-C/17-D: o item foi alterado para a alternativa “E”, pois Segundo o sabiston há 3 mecanismos igualmente causadores de hemotórax volumoso ATLS, 9ª edição, página 104, que afirma que as 3 principais causas de hemotórax são laceração pulmonar, laceração de vaso intercostal e artéria mamária interna.

Item 12-A/8-B/4-C/21-D: o item foi alterado para a alternativa “E”, pois *"The effects of morphine on intraluminal pressures recorded from the sphincter of Oddi (SO) at endoscopic retrograde cholangiopancreatography in 19 patients who were without evidence of biliary or pancreatic disease were studied. Morphine was given in four successive doses of 2.5, 2.5, 5, and 10 micrograms/kg iv at five minute intervals. Morphine in subanalgesic doses increased the frequency of SO phasic pressure waves to a maximum of 10-12/min, caused the phasic waves to occur simultaneously along the sphincter segment, increased phasic wave amplitude from 72 (26) (SE) to 136 (31) mmHg, and increased SO basal pressure from 10 (1) to 29 (9) mmHg (p less than 0.05). The effects of morphine on the SO are mediated by more than one opioid receptor type, as naloxone competitively antagonised the increase in phasic wave frequency induced by morphine, but did not affect the increase in SO basal pressure elicited by morphine. When given after naloxone, morphine decreased phasic wave amplitude, an inhibitory effect that is normally masked by morphine's dominant naloxone sensitive excitatory effect. Mu receptors do not appear to be involved in control of spontaneous SO motor function, as naloxone alone did not affect SO motor activity. The excitatory effects of morphine on the SO are not mediated by cholinergic nerves, as they were not blocked by atropine. Cholinergic nerves, however, may have a role in regulating spontaneous SO motor function because atropine alone depressed phasic wave activity and basal pressure. Although morphine does cause 'spasm' of the human SO, its effects are more complex than is commonly believed.* “Além disso a referência Uptodate em seu artigo de revisão” “Management of acute pancreatitis”. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-pancreatitis?search=pancreatite%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1> traz o seguinte trecho: *“Meperidine has been favored over morphine for analgesia in pancreatitis because studies showed that morphine caused an increase in sphincter of Oddi pressure. However, there are no clinical studies to suggest that morphine can aggravate or cause pancreatitis or cholecystitis [23]. In addition, meperidine has a short half-life and repeated doses can lead to accumulation of the metabolite normeperidine that causes neuromuscular side effects and, rarely, seizures.”* Diante disso, apesar de não haver estudos que a morfina agrave ou cause pancreatite, deve-se ter precaução com seu uso devido um risco teórico.

Item 24-A/20-B/16-C/9-D: o item foi alterado para a alternativa “C”, pois *“The pharmacokinetics and pharmacodynamics of vancomycin in clinical practice: evidence and uncertainties”* do Journal of Antimicrobial Therapy, página 744. Disponível em: <<https://academic.oup.com/jac/article/68/4/743/705696>>. *“Vancomycin is distributed throughout the body, although penetration in many tissues is disappointingly low, being only 0%-18% of serum concentrations in uninflamed meninges, 36%-48% in inflamed meninges, a maximum of 41%-51% in the lung, and 10%-30% in diabetic and normal skin and soft tissues”.*

Item 60-A/53-B/71-C/66-D: o item foi alterado para “E”, pois a Síndrome Hemolítico Urêmica tem apresentações atípicas, incluindo associação com outras doenças infecciosas invasivas, como doença pneumocócica, e também secundário à medicamentos e outras doenças autoimunes, conforme exposto em literatura, ainda que raramente. Porém, no enunciado fica claro que o paciente em questão iniciou com gastroenterite aguda com fezes sanguinolentas e purulentas, sugerindo quadro típico de apresentação. Assim, ainda que taquipneico, a apresentação sugere um quadro típico de gastroenterite bacteriana levando a SHU, logo, não sugere etiologia pneumocócica.

Cirurgia Pediátrica (505), Cirurgia Plástica (506) e Urologia (517).

Item 14-A/104-B/74-C/44-D: o item foi alterado para “E”, pois a lavagem peritoneal diagnóstica (lpd) em pacientes hemodinamicamente estáveis é indicada apenas em traumas fechados quando tomografia computadorizada de abdome ou o fast (*focused assessment with sonography for trauma*) não estiverem disponíveis.

Item 35-A/5-B/95-C/65-D: o item foi alterado para “E”, pois os exames complementares são realizados na avaliação secundária.

Item 36-A/6-B/96-C/66-D: o item foi alterado para “E”, pois a regra dos nove ajuda a avaliar a extensão das queimaduras e não a gravidade das mesmas.

Item 49-A/19-B/109-C/79-D: o item foi alterado para “E”, pois a obstrução venosa não é imperativa para a existência de um quadro de síndrome compartimental.

Item 64-A/34-B/4-C/94-D: o item foi alterado para “E”, pois a punção da veia jugular externa (considerada acesso periférico), porém realmente não foi explicitada na questão qual a veia específica, interna ou externa.

Item 65-A/35-B/5-C/95-D: o item foi alterado para “E”, pois não pode ser considerado uma indicação de acesso venoso central por ausência de citação na literatura de referência.

Item 78-A/48-B/18-C/108-D: o item foi alterado para “E”, pois as infecções de sítio cirúrgico podem ocorrer até 30 dias após o procedimento.

Item 80-A/50-B/20-C/110-D: o item foi alterado para “E”, pois não há indicação de cafalosporina de primeira geração para este tipo de infecção.

Item 96-A/66-B/36-C/6-D: o item foi alterado para “C”, pois a retocolite ulcerativa pode ser um diagnóstico diferencial da doença de Crohn.

Item 118-A/88-B/58-C/28-D: o item foi anulado, pois não foi específico em relação ao tipo de isquemia.

Endocrinologia (510), Nefrologia (514) e Pneumologia (515).

Item 6-U: o item foi anulado, pois por criar ambiguidade, estando o caso correta até onde descrita. O item pode ser interpretado correto por quem avaliou com item isolado e errado por quem avaliou conforme o manual de manuseio de dengue do ministério da saúde.

Item 22-U: o item foi anulado, pois o caso clínico não especifica o choque e o manejo com vasopressores. Mas nenhuma justificativa dos recursos contempla o motivo de uso do corticoide no choque septic refratário, que não muda a recomendação mesmo nos Bundle atuais 2018. O cortisol é o principal hormônio esteroide do grupo dos glicocorticóides, sendo produzido pela zona fasciculada do córtex adrenal. Sua secreção é controlada pelo hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), e regulada pelo sistema nervoso central através do estímulo neural desencadeado por situações de estresse. A ação antiinflamatória do corticoide deve-se a interação com fatores de transcrição IL-6 (NF-IL6) diminuindo a síntese de reagentes da fase aguda. o uso de corticoides como terapia adjuvante na sepse grave e choque séptico ainda é questionável. Enquanto alguns pequenos estudos demonstraram benefícios na sobrevida de pacientes que fizeram uso desta terapia¹⁰, em 2008, o estudo mais relevante, CORTICUS, não evidenciou a redução da mortalidade, demonstrando diminuição no tempo de reversão do choque. O que muda a mortalidade é o manejo do paciente.

Item 24-U: o item foi alterado para “E”, pois houve um erro material, no que se refere ao “estágio 3 de hipertensão arterial” que deveria indicar “estágio 2 de hipertensão arterial”, sendo assim, o item está incorreto.

Item 89-U: o item foi anulado, pois o comando não apresenta informações suficientes para determinar se o item está correto.

Item 100-U: o item foi alterado para “E”, pois o triglicerídeo está fora da faixa.

Item 102-U: o item foi anulado, pois não está explicitado a justificativa do uso de furosemida, e as condições laboratoriais.

Item 107-U: o item foi alterado para “E”, pois a ausência do nao em “bilirrubina conjugada” torna o item incorreto.

