

Respostas aos Recursos

Residência Médica 2019

PROVA: PRÉ-REQUISITO EM CLÍNICA MÉDICA

QUESTÃO Nº 04

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente.

RECURSO:

O recorrente alega que a resposta indicada pelo gabarito é a mais correta, porém existem exceções o que torna a afirmação incorreta. De acordo com estudos anexados e bibliografia, a lipase sérica aumenta entre a 4ª a 8ª hora do início dos sintomas, com seu pico em 24h, e retorna ao normal entre o 8º e 14º dia. A lipase sérica tem sensibilidade que varia de 82-100%. Baseado nos argumentos expostos, solicita a anulação da questão por fazer afirmação categórica de um dado que é divergente.

JUSTIFICATIVA:

O quadro clínico e os exames complementares apresentados no enunciado da questão, apontam para um caso de pancreatite aguda. A literatura médica (como a referência bibliográfica que segue) esclarece que nos achados laboratoriais a Lipase eleva-se 2 a 12 horas após o início dos sintomas, com pico em 24 horas, mas persiste elevada por um período mais prolongado, de 7 a 10 dias. A sensibilidade é de 50 a 99% e especificidade de 86 a 100%, sendo mais específica que a amilase.

O recurso apresentando alega que “a resposta é a mais correta”. Ou seja, reconhece a veracidade da alternativa apontada como certa. E continua: “Porém existem exceções que o quê deixa a afirmação incorreta. De acordo com estudos anexados e bibliografia, a lipase sérica aumenta entre a 4ª a 8ª hora do início dos sintomas, com seu pico em 24h, e retorna ao normal entre o 8º e 14º dia. A lipase sérica tem sensibilidade que varia de 82-100%.” Sim, existem exceções como a apresentada, no entanto estas exceções não mudam a interpretação, pois mostram períodos semelhantes (veja as situações 1 e 2 a seguir). Ademais, pequenas mudanças de dados laboratoriais não suportam a invalidação de um determinado raciocínio. Por esta razão o recurso é improcedente.

	Enzima	Elevação	Pico	Persistência da Elevação	Sensibilidade
	Especificidade				
1	Lipase 2 a 12 horas	24 h	7 a 10 dias	50 a 99%	86 a 100%
2	Lipase 4 a 8 horas	24	8 a 14 dias	82 a 100%	-

As situações 1 e 2, referem-se às condições apresentadas na questão e no recurso, respectivamente. Observa-se que os dados da situação 2 estão contidos na situação 1.

Desta forma fica mantido o gabarito (letra C), uma vez que o recurso é improcedente.

FONTES BIBLIOGRAFICAS:

1 - A critical evaluation of laboratory tests in acute pancreatitis. Yadav D, Agarwal N, Pitchumoni CS. Am J Gastroenterol. 2002;97(6):1309. PMID 12094843.

2 - Amylase normal, lipase elevated: is it pancreatitis? A case series and review of the literature.

QUESTÃO Nº 10

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente.

RECURSO:

O candidato recorrente alega que a paciente deveria ser tratada para melhora dos sintomas inespecíficos do hipotireoidismo. Solicita alteração de gabarito para alternativa (B) e/ou anulação da questão.

JUSTIFICATIVA:

Segundo o Consenso Brasileiro para a Abordagem Clínica e Tratamento do hipotireoidismo subclínico em adultos (recomendações do Departamento de Tireoide da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, 2013) o tratamento do hipotireoidismo subclínico (HSC) em pacientes idosos >65 anos é recomendado apenas em níveis aumentados do TSH >10mU/L em razão da ausência da associação com o risco cardiovascular e de mortalidade nesta faixa etária (recomendação 20 /nível de evidência A). Não há recomendação de paciente idoso (>65 anos) e HSC com objetivo de alívio de sintomas e melhora da qualidade de vida (recomendação 21/nível de evidência A).

Desta forma fica mantido o gabarito, uma vez que o recurso é improcedente.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

Consenso brasileiro para a abordagem clínica e tratamento do hipotireoidismo subclínico em adultos: recomendações do Departamento de Tireoide da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, 2013.

QUESTÃO Nº 11

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente.

RECURSO:

O candidato recorrente alega que não foi citado o nome dos ensaios randomizados na alternativa (A), que a alternativa (C) também estaria errada, pois a assertiva descrita seria verdadeira e não poderia ser a resposta da questão e, por último, que a alternativa (E) está errada por não citar os estudos clínicos a que se referem.

JUSTIFICATIVA:

No caso em questão, não há necessidade de citar novamente os estudos no corpo das alternativas a serem consideradas, uma vez que já foi relatado o estudo que baseia toda a discussão da problemática discutida na questão (estudo SPRINT) no contexto e esse referencia todos os outros necessários para a argumentação.

Importante ressaltar que bulas de medicamentos não são fontes de estudos e sim documentos legais de proteção da industrial farmacêutica e orientações de uso aos pacientes. Devemos procurar a literatura médica isenta de conflitos de interesses. Portanto, baseado no livro de farmacologia "Basic & Clinical Pharmacology, Fourteenth Edition" de Bertram G. Katzung, o angiodema é uma situação incomum de acontecer com os BRAs, além de já ter sido citado no próprio estudo SPRINT.

Em relação à alternativa (C), está incorreta, pois a suspensão do uso do medicamento é o próprio tratamento, como bem discutido no livro "Basic & Clinical Pharmacology, Fourteenth Edition" de Bertram G. Katzung e nos princípios básicos de medicina, que relata que tratamento de enfermidades não necessariamente usa medicamentos. Isso é bem demonstrado na psiquiatria com as sessões de psicanálise.

Já a alternativa (E) também está correta e a fonte bibliográfica consta citada na descrição do contexto da questão e não tem necessidade de ser repetida na própria alternativa.

Desta forma fica mantido o gabarito, uma vez que o recurso é improcedente.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

1. Ambrosius WT, Sink KM, Foy CG, et al; SPRINT Study Research Group. The design and rationale of a multicenter clinical trial comparing two strategies for control of systolic blood pressure: the Systolic Blood Pressure Intervention Trial (SPRINT). Clin Trials. 2014;11(5):532-46.
2. Katzung, BG. Basic & Clinical Pharmacology, 14th ed. McGraw-Hill Education, 2018.

QUESTÃO Nº 35

SITUAÇÃO: Recurso Procedente.

RECURSO:

O candidato alega que a apneia do sono não é mais comum na oitava década de vida, no sexo feminino e que a apneia do sono determina sonolência diurna. Solicita a anulação da questão ou alteração de gabarito.

JUSTIFICATIVA:

Quanto à afirmação de que a apneia do sono não é mais comum na oitava década de vida e no sexo feminino de acordo com o DSM-IV1, a característica essencial da insônia é a dificuldade para iniciar ou para manter o sono ou o relato, por parte do paciente, de um sono não reparador. Para serem considerados clinicamente significativos, esses sintomas devem ocorrer pelo menos três vezes por semana por um período mínimo de um mês e estarem associados com sofrimento importante e/ou com prejuízo no funcionamento social e ocupacional do indivíduo. A prevalência das queixas de insônia e apneia do sono aumenta com a idade e é maior entre mulheres, divorciados, viúvos e indivíduos com baixo nível socioeconômico e educacional.^{2,3,4} Os adultos jovens queixam-se com maior frequência de dificuldades para conciliar o sono, ao passo que os indivíduos de meia-idade e os idosos estão mais propensos a apresentarem dificuldades com a manutenção do sono e despertares precoces nas primeiras horas da manhã.^{4,5,6} Quanto à segunda afirmativa, de fato, a apneia do sono está associado com excessiva sonolência diurna o que torna a alternativa (A) correta.

A resposta do gabarito deve ser alterada para ALTERNATIVA (A).

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

1. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais 4a edição (DSM-IV). Porto Alegre: Artmed, 1994.
2. Kupfer DJ, Reynolds CF. Management of insomnia. NEJM 1997; 336: 341-346.
3. Schenck CH, Mahowald MW, Sack RL. Assessment and management of insomnia. JAMA 2003; 289: 2475-2479.
4. Moore CA, Williams RL, Hirshkowitz M. Sleep disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2000. p. 1677-1700.
5. McCall WV. A psychiatric perspective on insomnia. J Clin Psychiatry 2001; 62 (suppl 10): 27-32.
6. Eddy M, Wahlbroehl GS. Insomnia. Am Fam Physician 1999; 59: 1911-1916.