



## ÍMPAR SERVIÇOS HOSPITALARES PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA INTENSIVA 2021

### RESPOSTA AOS RECURSOS

#### ESPECIALIDADE PROVA

Residência Médica - Anestesia

#### QUESTÃO DA PROVA

Questão 4

#### RECURSO

Prezada banca examinadora,

A questão trata de uma criança de 1 ano e 2 meses de idade com história de tosse e febre há 5 dias, toxemiada, taquipneica, taquicárdica, febril. Apresenta broncofonia aumentada em ápice direito, e presença de tiragem subcostal e intercostal discretas. A radiografia de tórax mostra velamento homogêneo em lobo superior direito, com broncogramas aéreos. De acordo com a radiografia é possível a hipótese de um derrame loculado/empiema, devido ao velamento em lobo superior direito. Em crianças, na presença de derrame pleural com mais de 1 cm de dimensão é imperativo a torococentese para análise do líquido.

Não há dúvidas que a criança em questão necessite de internação hospitalar. Porém não há menção sobre a saturação da criança, portanto sem indícios que haja indicação de oxigênio suplementar, o que exclui as afirmativas B e D. Por ser um derrame loculado e a criança apresenta sinais de gravidade, a maioria dessas crianças necessitará de drenagem. Conforme exposto, a melhor alternativa seria a letra C. Solicito alteração de gabarito para letra C.

“A presença de derrame pleural septado não é por si só indicação de drenagem cirúrgica (14,20,21). É importante a análise do líquido pleural, já que as loculações podem indicar apenas intensa resposta inflamatória no espaço pleural, sem haver necessariamente complicação do líquido através da presença de bactéria, ou de valores baixos de pH ou de glicose. Entretanto, a maioria das crianças com derrame pleural loculado apresenta alguma anormalidade no líquido pleural, indicativa de drenagem.

O manejo do derrame parapneumônico complicado tem sido baseado no conhecimento da história natural do derrame, sendo que o tipo de drenagem cirúrgica depende do estágio do mesmo.”

Jornal de Pediatria (jped.com.br)

Inicialmente são prescritos de forma empírica baseado na idade do paciente, nos



microorganismos e na sensibilidade comumente presente na comunidade. Se o agente causador da pneumonia é identificado, a escolha do antibiótico deve ser guiada pelo padrão de sensibilidade do organismo. Alguns grupos de ATBs (ex. penicilinas, cefalosporinas, clindamicina e ciprofloxacino) (7, 8) exibem uma penetração pleural mais satisfatória do que outros (ex. aminoglicosídeos). Em geral, os ATBs com cobertura para Pneumococo e Staphilococo, como penicilina e cefalosporinas, devem ser utilizados como primeira linha de tratamento(8,9)

[http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/02/879693/derrame-pleural-parapneumônico-em-crianças-diagnóstico-e-tratam\\_11cyhrL.pdf](http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/02/879693/derrame-pleural-parapneumônico-em-crianças-diagnóstico-e-tratam_11cyhrL.pdf)

## **APRECIÇÃO DA COMISSÃO**

Caro candidato (a),

A questão refere-se a uma criança de 1 ano e 2 meses de idade com pneumonia lobar em lobo superior direito (LSD), que apresenta-se toxemiada, taquidispneica e taquicárdica, o que caracteriza o quadro como pneumonia grave com desconforto respiratório. O achado semiológico de aumento de broncofonia (o que caracteriza condensação lobar ou segmentar) e radiológico de velamento homogêneo com broncogramas aéreos em LSD confirmam esse diagnóstico. O recurso parte da premissa equivocada do candidato de que trata-se de um derrame loculado. O achado semiológico compatível com essa hipótese seria a diminuição ou abolição do murmúrio vesicular em LSD e o raio-x de tórax mostraria velamento homogêneo, mas sem broncogramas aéreos visíveis. A toracocentese, neste caso, seria apenas um procedimento iatrogênico. Quanto ao questionamento da oferta de oxigênio à criança, o desconforto respiratório associado à taquicardia já são suficientes para esta indicação, uma vez que a reserva respiratória fisiológica de crianças pequenas é menor, o que as predispõe à insuficiência respiratória em relação à crianças maiores e adultos. A saturação arterial de oxigênio, nestes casos, não pode ser usada como único indicador da necessidade de oxigênio suplementar.

## **DELIBERAÇÃO**

**INDEFERIDO**



## ÍMPAR SERVIÇOS HOSPITALARES PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA INTENSIVA 2021

### RESPOSTA AOS RECURSOS

#### ESPECIALIDADE PROVA

Residência Médica - Anestesia

#### QUESTÃO DA PROVA

Questão 12

#### RECURSO

Prezada banca examinadora,

A questão trata de uma paciente de 62 anos, G6P6A0, com quadro de “bola na vagina” há 1 mês. O POP-Q da paciente é (Aa : +3 ) ( Ba : +7 ) ( C +7 ) ( Gh 4 ) ( Pb 3 ) ( Cvt 10 ) ( Ap 0 ) ( Bp 0 ) ( D -3). Paciente coronariopata com 2 stents prévios, obesa, com disfunção miocárdica importante.

É solicitado assinalar a INCORRETA.

O gabarito fornecido foi a letra C, que afirmava que a paciente apresentava prolapso apical associado a incontinência urinária de esforço porém com contra-indicação importante a cirurgia devido comorbidades.

De acordo com a referência abaixo, essa assertiva estaria correta. Pois como os pontos da parede vaginal anterior Aa +3 Ba +7 , há um prolapso apical, enquanto a parede vaginal posterior, pontos Ap 0 e Bp 0, estão com medidas adequadas, não havendo prolapso posterior. Portanto de acordo com a classificação a paciente possuiria prolapso grau 3, pois não há eversão completa da vagina, o que torna incorretas as afirmações a e b. A paciente também é coronariopata com 2 stents prévios, obesa com disfunção miocárdica, o que confere um alto risco cirúrgico, o que torna incorreta a alternativa a, pois seria contra-indicada a cirurgia a princípio para essa paciente.

Por haver mais de uma questão incorreta, solicito anulação da questão.

“Após a realização das medidas, o prolapso é classificado em um estadiamento ordinal, conforme segue:

- Estadio 0: não há descenso de estruturas pélvicas durante o esforço
- Estadio I: Ponto de maior prolapso acima de -1
- Estadio II: Ponto de maior prolapso de -1 a +1
- Estadio III: Ponto de maior prolapso abaixo de +1 e acima de CTV-2
- Estadio IV: Eversão completa da vagina”

“As nove medidas do POP-Q são: - Ponto Aa: localizado na linha média da parede anterior,



a três centímetros do meato uretral externo (correspondendo, aproximadamente, à posição da uretra médio-proximal). Por definição, o valor descritivo da posição deste ponto só pode variar de -3 a +3; - Ponto Ba: representa o ponto mais distal da linha média do segmento vaginal localizado do ponto Aa à cúpula vaginal. Portanto, por definição, este ponto é variável, representando o local de maior prolapso da parede anterior, e não pode estar entre o ponto Aa e o meato uretral externo e, na ausência de prolapso, encontra-se em -3; nas mulheres com eversão vaginal pós-histerectomia, localiza-se, em geral, na cicatriz da mucosa vaginal; - Ponto C: representa o ponto mais distal do colo do útero ou a posição da cicatriz da cúpula vaginal (em mulheres histerectomizadas); FEBRASGO - Manual de Orientação em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal 117 - Ponto D: representa a localização do fórnice vaginal posterior, no local exato da fusão da mucosa com o colo uterino, que é o local da inserção dos ligamentos útero-sacos no anel pericervical. Este ponto não existe em mulheres histerectomizadas e serve, essencialmente, para diferenciar o prolapso uterino da hipertrofia do colo; - Ponto Ap: análogo ao ponto Aa na parede posterior; localizado na linha média, a três centímetros da carúncula himenal. Por definição, o valor descritivo da posição deste ponto só pode variar de -3 a +3; - Ponto Bp: análogo ao Ba na parede posterior; representa o ponto mais distal da linha média do segmento vaginal localizado do ponto Ap à cúpula vaginal. Portanto, por definição, é variável, representando o local de maior prolapso da parede posterior, e não pode estar entre o ponto Ap e a carúncula himenal e, na ausência de prolapso, encontra-se em -3; nas mulheres com eversão vaginal pós-histerectomia, localiza-se, em geral, na cicatriz da mucosa vaginal; - Comprimento Vaginal Total (CVT): medida da distância da carúncula himenal à cúpula vaginal ou fórnice vaginal posterior, no repouso, com redução do prolapso; - Hiato Genital (HG): medida da distância do meio do meato uretral externo à fúrcula vaginal na altura das carúnculas himenais; - Corpo Perineal (CP): medida da distância do meio do ânus à fúrcula vaginal na altura das carúnculas himenais”

<http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/13162/material/UROGIN ECOLOGIA%20-%20FEBRASGO%202010>.

## APRECIÇÃO DA COMISSÃO

Caro candidato (a),

O que torna a questão C incorreta se deve ao fato da contra indicação cirúrgica. As comorbidades não são contra indicações absolutas para a não realização da cirurgia. O perfil cirúrgico da paciente obriga a necessidade de uma avaliação pré operatória detalhada com avaliação cardiológica e vascular, associada a um pós operatório imediato realizado em Unidade de Terapia Intensiva voltada para um controle cardiovascular. A propedêutica definitiva passa por uma abordagem cirúrgica. Não há outra abordagem resolutive sem cirurgia. A classificação do prolapso e as medidas do POP-Q, segue o manual da FEBRASGO conforme citado na sua solicitação e baseado nessa classificação a abordagem é cirúrgica.

## DELIBERAÇÃO

INDEFERIDO



## ÍMPAR SERVIÇOS HOSPITALARES PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA INTENSIVA 2021

### RESPOSTA AOS RECURSOS

#### ESPECIALIDADE PROVA

Residência Médica - Anestesia

#### QUESTÃO DA PROVA

Questão 31

#### RECURSO

Prezada banca examinadora,

Na assertiva B a questão afirma que “a asma ocorre mais frequentemente em pessoas obesas e muitas vezes é mais difícil de controlar, o que pode estar ligado às adipocinas pró-inflamatórias liberadas em maior quantidade nesses pacientes.”.

No entanto, as seguintes referências, acerca dos fenótipos de asma, mostram que o fenótipo mais comum é o de mulheres com asma de início na infância/ asma atópica e função pulmonar normal. A asma associada a obesidade é a menos comum, além de ter pouca inflamação aérea por eosinófilos. Portanto a asma não ocorre mais frequentemente em pessoas obesas.

Solicito considerar alteração de gabarito para letra B como assertiva incorreta.

Asthma with obesity: Some obese patients with asthma have proeminent respiratory symptoms and little eosinophilic airway inflammation.

GINA Full Report 2020 Front Cover ONLY ([ginasthma.org](http://ginasthma.org))

Fifteen percent of subjects (n = 110) are grouped into Cluster 1. This cluster is characterized by younger, predominantly female subjects with childhood onset/atopic asthma and normal lung function. Forty percent of these subjects were receiving no controller medications, and those on asthma medications were most often on two or fewer controller therapies, with a combination of inhaled corticosteroids (ICS) and long-acting  $\beta$ -agonists most frequently reported. HCU was infrequent in this group, with nearly 70% reporting no need for any urgent physician or emergency department visits, oral corticosteroid bursts, or hospitalizations in the past year. Despite a lack of exacerbations requiring urgent evaluation, 30 to 40% of Cluster 1 subjects reported daily symptoms and rescue bronchodilator use (Figures E3A and E3B). This group contains the youngest and potentially most active subjects, suggesting that symptoms may be primarily exercise related.

Cluster 3 is the smallest cluster (n = 59; 8% of subjects). It is markedly different from the



other clusters and consists mainly of older women (mean age, 50 years; range, 34–68 years) with the highest body mass index [BMI] (58% with BMI >30) and late-onset asthma (all older than 23 years of age), who are less likely to be atopic (64%).

Moore WC, Meyers DA, Wenzel SE, Teague WG, Li H, Li X, D'Agostino R Jr, Castro M, Curran-Everett D, Fitzpatrick AM, Gaston B, Jarjour NN, Sorkness R, Calhoun WJ, Chung KF, Comhair SA, Dweik RA, Israel E, Peters SP, Busse WW, Erzurum SC, Bleecker ER; National Heart, Lung, and Blood Institute's Severe Asthma Research Program. Identification of asthma phenotypes using cluster analysis in the Severe Asthma Research Program. *Am J Respir Crit Care Med.* 2010 Feb 15;181(4):315-23. doi: 10.1164/rccm.200906-0896OC. Epub 2009 Nov 5. PMID: 19892860; PMCID: PMC2822971.

## APRECIÇÃO DA COMISSÃO

Caro candidato (a),

A resposta cita que a Asma ocorre mais frequentemente em pessoas obesas, não que este seja o fenótipo mais prevalente da Asma na população geral.

Esta afirmação é literal e está descrita abaixo exatamente como na referência original:

“Asthma occurs more frequently in obese people (BMI >30 kg/m<sup>2</sup>) and is often more difficult to control. Although mechanical factors may contribute, it may also be linked to the pro-inflammatory adipokines and reduced anti-inflammatory adipokines that are released from fat cells.”

Principles of Internal Medicine - Harrison, 20<sup>o</sup> edition, 2018, McGraw-Hill Education, pp 1959.”

Não consideramos para fins de recurso outras referências que não as citadas no edital.

Atenciosamente;

## DELIBERAÇÃO

INDEFERIDO



## ÍMPAR SERVIÇOS HOSPITALARES PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA INTENSIVA 2021

### RESPOSTA AOS RECURSOS

#### ESPECIALIDADE PROVA

Residência Médica - Anestesia

#### QUESTÃO DA PROVA

Questão 45

#### RECURSO

Prezada banca examinadora,

De acordo com as fontes citadas abaixo, o antraz pode ser inalado por aerossóis. Portanto, a forma de precaução de isolamento por aerossóis deveria ser a instituída. Solicito alteração de gabarito para letra "A".

"The most lethal form of anthrax, and the form that would follow an intentional aerosol release of spores, inhalational anthrax results from the inhalation of bacterial spores that later germinate in the lung."

Amesh A. Adalja, M.D., Eric Toner, M.D., and Thomas V. Inglesby, M.D.; Clinical Management of Potential Bioterrorism-Related Conditions; March 5, 2015

N Engl J Med 2015; 372:954-962

DOI: 10.1056/NEJMra1409755

"Because of concern about relapse from latent spores acquired by inhalation of aerosol in bioterrorism-associated cases, the initial recommendation was treatment for 60 days. Several monoclonal antibodies are FDA approved as adjunctive treatments for inhalation anthrax"

McPHEE, Stephen J.; PAPADAKIS, Maxine A. CURRENT Diagnosis & Treatment: Medical. 60.ed. Lange Current Series/ McGraw-Hill, 2021. Cap 33 pag 1054

Current ap 33 pag 1504 (Maxine A. Papadakis & Stephen J. McPhee, 2021)

#### APRECIÇÃO DA COMISSÃO

Caro candidato (a),

As três principais formas clínicas de antraz são gastrointestinal (GI), cutâneo e inalatório. O antraz por inalação geralmente se apresenta com a forma mais mortal e é a arma biológica



mais provável pois pode ser enviado na forma de pó inalável. Contudo uma vez infectando um paciente a forma pulmonar do antraz não é conhecida por ser contagiosa, não fazendo necessária precaução inalatória.

Portanto, especificamente para o antraz apenas precauções de rotina (contato) são exigidas sem necessidade de precaução para aerossóis.

“The three major clinical forms of anthrax are gastrointestinal (GI), cutaneous, and inhalational. GI anthrax results from eating contaminated meat and is an unlikely bioweapon. Cutaneous anthrax results from contact with the spores and results in a black eschar lesion. Cutaneous anthrax had a 20% mortality before antibiotics became available. Inhalational anthrax typically presents with the most deadly form and is the most likely bioweapon. The spores are phagocytosed by alveolar macrophages and transported to the mediastinum.

Subsequent germination, toxin elaboration, and hematogenous spread cause septic shock. A characteristic radiographic finding is mediastinal widening and pleural effusion. Prompt initiation antibiotics is essential because mortality is likely 100% without specific treatment. Inhalational anthrax is not known to be contagious. Provided that there is no concern for release of another highly infectious agent such as smallpox, only routine precautions are warranted.”

Harrisons’s 19e, Cap 261e Microbial Bioterrorism, pag 1437

## **DELIBERAÇÃO**

INDEFERIDO





## ÍMPAR SERVIÇOS HOSPITALARES PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA INTENSIVA 2021

### RESPOSTA AOS RECURSOS

#### ESPECIALIDADE PROVA

Residência Médica - Medicina Intensiva Adulta

#### QUESTÃO DA PROVA

Questão 1

#### RECURSO

Cara Banca Examinadora,

A questão 01 aborda conceitos gerais sobre asma.

O gabarito dado foi a letra a: As mortes por asma tem diminuído na última década muitos países ricos, possivelmente pela maior utilização de broncodilatadores beta-adrenérgicos de longa duração e anticolinérgicos, em lugar do uso de broncodilatadores beta-adrenérgicos de curta duração.

Entretanto, no Principles of Internal Medicine (2018), capítulo 254, é dito: "As mortes por asma tem diminuído continuamente em muitos países desenvolvidos ao longo da última década. Durante a década de 1960, o aumento da mortalidade por asma observado em vários países estava associado à ampliação da utilização dos agonistas beta-adrenérgicos de curta ação".

Dentre os motivos, ressalta-se o uso ampliado de corticoide inalatório que reduz o quadro inflamatório subjacente e o uso de beta-agonistas de ação longa, que apesar de não controlarem a inflamação, facilitam o controle da asma e reduzem exacerbações, sendo altamente eficazes no controle da asma.

Os anticolinérgicos, por sua vez, são utilizados como segundo agente em pacientes com asma não controlada por outros agentes, tendo também seu papel na redução de exacerbações e, portanto, também redução de mortalidade.

Desta forma, a alternativa A está também correta e por esse motivo solicito anulação da questão.

Referência:

Principles of Internal Medicine - Harrison, 20ª edition, 2018, McGraw-Hill Education



## APRECIÇÃO DA COMISSÃO

Caro candidato (a),

A diminuição da mortalidade relacionada à Asma está relacionada ao melhor controle do processo inflamatório e se baseou no uso mais frequente de corticoides inalatórios, os quais permitiram maior controle da inflamação com poucos efeitos colaterais sistêmicos. A referência não cita que a mortalidade foi alterada pelo uso isolado de beta-agonistas, pelo contrário diz que o uso frequente de beta agonistas está relacionado à maior mortalidade, conforme literalmente descrito abaixo.

“Deaths from asthma are relatively uncommon, and in many affluent countries have been steadily declining over the last decade. A rise in asthma mortality seen in several countries during the 1960s was associated with increased use of short-acting inhaled  $\beta_2$ -adrenergic agonists (as rescue therapy), but there is now compelling evidence that the more widespread use of inhaled corticosteroids (ICS) in patients with persistent asthma is responsible for the decrease in mortality in recent years. Major risk factors for asthma deaths are poorly controlled disease with frequent use of bronchodilator inhalers, lack of or poor compliance with ICS therapy, and previous admissions to hospital with near-fatal asthma.”

Principles of Internal Medicine - Harrison, 20<sup>o</sup> edition, 2018, McGraw-Hill Education, pp 1958.”

É certo que os beta agonistas de longa ação facilitam o controle da Asma e permitem menor dose de corticóides, mas isoladamente não alteram a mortalidade.

LABA have replaced the regular use of SABA, but LABA should not be given in the absence of ICS therapy as they do not control the underlying inflammation. They do, however, improve asthma control and reduce exacerbations when added to ICS, which allows asthma to be managed with lower doses of corticosteroids.

Principles of Internal Medicine - Harrison, 20<sup>o</sup> edition, 2018, McGraw-Hill Education, pp 1965.”

Não consideramos para fins de recurso outras referências que não as citadas no edital. Atenciosamente;

## DELIBERAÇÃO

INDEFERIDO



## ÍMPAR SERVIÇOS HOSPITALARES PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA INTENSIVA 2021

### RESPOSTA AOS RECURSOS

#### ESPECIALIDADE PROVA

Residência Médica - Medicina Intensiva Adulta

#### QUESTÃO DA PROVA

Questão 2

#### RECURSO

Cara Banca Examinadora,

A questão 02 pede que seja assinalada a alternativa correta sobre o tratamento da asma. O gabarito liberado foi letra D ("A aspergilose broncopulmonar é incomum e resulta de uma reação pulmonar alérgica a esporos de *Aspergillus fumigatus*, sendo os testes cutâneos geralmente positivos e a pesquisa das precipitinas séricas de *Aspergillus* geralmente negativa nesta condição clínica").

Entretanto, na letra B, que afirma: "Atualmente não há evidências de que a teofilina tenha qualquer benefício no tratamento da asma, mesmo em pacientes com asma grave pelo seu perfil desfavorável de efeitos colaterais" também está correta, como aborda Principles of Internal Medicine (2018), em seu capítulo 254, sobre o tratamento para asma: "Vários anos atrás a teofilina era amplamente prescrita como broncodilatador oral. Hoje, esse fármaco deixou de ser utilizado em razão dos seus efeitos colaterais e porque os beta2-agonistas são muito mais eficazes como broncodilatadores. A aminofilina intravenosa era utilizada no tratamento da asma grave, mas hoje foi substituída pelos beta2-agonistas de curta ação, que são mais eficazes e produzem menos efeitos colaterais".

Desta forma, solicito anulação da questão, tendo em vista que tanto a alternativa B como a alternativa D encontram-se corretas.

Grata

Referência:

Principles of Internal Medicine - Harrison, 20<sup>o</sup> edition, 2018, McGraw-Hill Education

#### APRECIÇÃO DA COMISSÃO

Caro candidato (a);

Segundo a referência utilizada para a prova há evidências de que a teofilina em baixas



doses possa ser utilizada em pacientes graves, com potencial efeito anti-inflamatório e adjuvância aos corticóides, conforme descrito literalmente abaixo:

“There is increasing evidence that theophylline at lower doses has anti-inflammatory effects, and these are likely to be mediated through different molecular mechanisms. Theophylline activates the key nuclear enzyme histone deacetylase-2 (HDAC2), which is a critical mechanism for switching off activated inflammatory genes and may therefore reduce corticosteroid insensitivity in severe asthma.

...

Low doses of theophylline, giving plasma concentrations of 5–10 mg/L, have additive effects to ICS and are particularly useful in patients with severe asthma. Indeed, withdrawal of theophylline from these patients may result in marked deterioration in asthma control. At low doses, the drug is well tolerated.”

Principles of Internal Medicine - Harrison, 20<sup>o</sup> edition, 2018, McGraw-Hill Education, pp 1965.”

## **DELIBERAÇÃO**

**INDEFERIDO**



## ÍMPAR SERVIÇOS HOSPITALARES PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA INTENSIVA 2021

### RESPOSTA AOS RECURSOS

#### ESPECIALIDADE PROVA

Residência Médica - Medicina Intensiva Adulta

#### QUESTÃO DA PROVA

Questão 14

#### RECURSO

Cara Banca Examinadora,

A questão 14 aborda um paciente com derrame pleural e análise do líquido mostrando um transudato com eosinofilia na análise citológica e questiona qual situação clínica mais provavelmente justificaria tal achado.

Dentre as alternativas, o gabarito contemplou a letra A, hidropneumotórax.

Entretanto, no Principles of Internal Medicine (2018), capítulo 263, em causas diversas de derrame pleural, cita-se como causas de transudato: hidrotórax, embolia pulmonar, dentre outros.

Ademais, a eosinofilia do líquido pleural sugere habitualmente existência de sangue ou ar no espaço pleural e tem diversas causas, dentre elas também o hidropneumotórax e a embolia pulmonar (com a eosinofilia associada ao infarto e hemorragia no espaço pleural).

Apesar de por vezes a embolia pulmonar apresentar-se como exsudato, a citação no Harrison é clara: "o líquido pleural da embolia pulmonar é quase sempre exsudato".

Desta forma, a questão possui duas alternativas que podem ser corretas:

hidropneumotórax e embolia pulmonar. Ainda, a ocorrência de embolia pulmonar é epidemiologicamente muito mais comum que a de hidropneumotórax. Desta forma, tratando-se da situação clínica que mais provavelmente justificaria esse achado, a resposta mais adequada será a alternativa B, embolia pulmonar e por esta razão solicito alteração de gabarito.

Grata

Referência:

Principles of Internal Medicine - Harrison, 20ª edition, 2018, McGraw-Hill Education

#### APRECIÇÃO DA COMISSÃO



Caro candidato (a):

A descrição de nível líquido no RX já define que existem ar e líquido no espaço pleural, a única outra opção que levaria a nível líquido seria um abscesso pulmonar, mas este seria parenquimatoso, e não pleural. A análise laboratorial demonstra claramente um transudato tornando todas as outras opções ainda menos frequentes.

A presença de eosinófilos é comum quando existe ar no espaço pleural.

Portanto, a opção que melhor explica todos os achados é realmente um hidropneumotórax. Não há divergência entre a resposta dada como gabarito e a referência enviada no recurso. Atenciosamente

## **DELIBERAÇÃO**

INDEFERIDO



## ÍMPAR SERVIÇOS HOSPITALARES PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA INTENSIVA 2021

### RESPOSTA AOS RECURSOS

#### ESPECIALIDADE PROVA

Residência Médica - Medicina Intensiva Adulta

#### QUESTÃO DA PROVA

Questão 44

#### RECURSO

Cara Banca Examinadora,

A questão 44 refere-se a uma paciente portadora de síndrome mielodisplásica com quadro de neutropenia febril, em paciente de alto risco (submetida a TMO alogênico e neutropênica há mais de 7 dias).

Conforme abordado no Principles of Internal Medicine - Harrison (2018), capítulo 86 (Infecções em pacientes com câncer), o esquema inicial deve ser orientado para todos os patógenos que possam causar infecção bacteriana em hospedeiros neutropênicos, que deve incluir cobertura para gram positivos e gram negativos.

A paciente não tem histórico de hospitalização ou uso de antibiótico nos últimos 90 dias, portanto não há justificativa para cobertura inicial com carbapenêmico (Meropenem), apesar de cobertura dos principais germes.

Em paciente com indicação de internação hospitalar (MASCC score < 21) está indicado o uso de Cefepime ou Piperacilina-Tazobactam para o tratamento inicial. Em pacientes com possível infecção relacionada ao cateter está indicada a associação com Vancomicina, independente do resultado de culturas prévias, visto que não excluem a possibilidade de infecção por *S. aureus* resistente à metilicina (MSRA) no quadro atual e trata-se de paciente de alto risco, no qual a antibioticoterapia deve ser o menos errática possível. Ademais, apesar do local de cateter não parecer inflamado, esse dado pouco auxilia na exclusão de infecções cutâneas ou relacionadas ao cateter em paciente neutropênico, tendo em vista que a contagem acentuadamente reduzida de neutrófilos não produz a reação inflamatória esperada.

Desta forma, a abordagem adequada para a paciente seria com Cefepime ou Piperacilina-Tazobactam associado à Vancomicina, alternativa não contemplada na questão. Não há, ainda, justificativa para uso de Meropenem no quadro abordado.

Desta forma, solicito anulação da questão.

Referência:



Principles of Internal Medicine - Harrison, 20<sup>o</sup> edition, 2018, McGraw-Hill Education

## APRECIÇÃO DA COMISSÃO

Caro candidato (a),

A referência utilizada deixa todos os antibióticos citados na questão no mesmo nível de indicação e eficácia, conforme descrito abaixo. Não há nenhuma evidência de infecção relacionada ao cateter e apenas o fato de possuir um cateter totalmente implantado não justifica, isoladamente, o uso de vancomicina. Ademais não há instabilidade hemodinâmica ou relato de mucosite, que seriam outras possíveis indicações para diccionar vancomicina ao tratamento inicial.

Atenciosamente;

“General guidelines for the treatment of febrile neutropenia depend on the expected duration of neutropenia, previous infections, and recent antibiotic exposures. Each febrile neutropenic patient should be approached as a unique problem. However, several general guidelines can help in treating these patients. The initial regimen should include antibiotics with activity against both gram-negative and gram-positive bacteria. If the expected duration of neutropenia is expected to be greater than 7 days, as in this scenario, then the initial antibiotic choice could be (1) ceftazidime or cefepime, (2) piperacillin/tazobactam, or (3) imipenem/cilastatin or meropenem; all of these regimens have shown equal efficacy in large clinical trials. These antibiotics exhibit broad-spectrum efficacy against gram-positive and gram-negative organisms, including *Pseudomonas aeruginosa*. Double coverage of *P. aeruginosa* is not necessary, and use of aminoglycosides alone is contraindicated because these do not provide coverage of gram-positive organisms. Other antibiotics not providing adequate gram-positive coverage include aztreonam and fluoroquinolones. In addition, routine addition of vancomycin is also not indicated because studies have not shown improved outcomes with increased toxic effects. Vancomycin should only be added when there is high suspicion of coagulase-negative staphylococcal infection or specific concerns regarding methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infection. However, the treating physician needs to be knowledgeable about his or her local epidemiology and resistance patterns and prescribe in accordance with this knowledge. Antifungal therapy is often added when there are persistent fevers at 4–7 days without a known source of infection. The choice of specific antifungal agent (echinocandin, azole, lipid formulation of amphotericin B) would depend on whether the patient was receiving antifungal prophylaxis and whether there were reasons to suspect a specific source of infection, such as a pulmonary source.”  
Harrison's's 19e, Cap 104: infections in Patients with Cancer , pag 484

## DELIBERAÇÃO

INDEFERIDO