

## Respostas aos Recursos - MÉDICO PLANTONISTA CLÍNICA MÉDICA - HMSJ - SUPERIOR

Questão	Justificativa	Conclusão (Deferido ou Indeferido)	Resposta alterada para:
32-1 / 50-2 / 37-3 / 42-4	<p>Vamos analisar a questão novamente, levando em consideração a importância da estabilização hemodinâmica enquanto se aguarda a confirmação diagnóstica da dissecação aórtica.</p> <p>Análise Detalhada das Alternativas:</p> <p>(A) Administração de betabloqueadores IV para manter a frequência cardíaca abaixo de 60 bpm. Justificativa: Em casos de suspeita de dissecação aórtica, é crucial controlar a frequência cardíaca e a pressão arterial para reduzir o risco de progressão da dissecação. Betabloqueadores são fundamentais porque diminuem a força de ejeção do coração. Resposta Correta: Esta é a medida mais crítica para o manejo imediato do paciente enquanto se aguarda a confirmação diagnóstica.</p> <p>(B) Infusão de nitroprussiato para reduzir rapidamente a pressão arterial. Justificativa: Embora a redução da pressão arterial seja importante, a infusão de nitroprussiato deve ser feita em conjunto com betabloqueadores para evitar taquicardia reflexa, que pode agravar a dissecação. Explicação: Não é a intervenção inicial mais crítica isoladamente.</p> <p>(C) Uso imediato de morfina para alívio da dor e redução do estresse cardíaco. Justificativa: A morfina pode ajudar a aliviar a dor e reduzir a ansiedade, o que pode diminuir indiretamente a pressão arterial e a frequência cardíaca. Explicação: Embora útil, não é a intervenção mais crítica no manejo imediato.</p> <p>(D) Preparação para intervenção cirúrgica emergencial sem aguardar mais investigações. Justificativa: A intervenção cirúrgica pode ser necessária em casos de dissecação aórtica do tipo A, mas a confirmação diagnóstica é essencial antes de proceder com a cirurgia. A</p>	Indeferido	Gabarito mantido

	<p>estabilização hemodinâmica deve ser a prioridade inicial. Explicação: A cirurgia é uma parte crucial do tratamento, mas a decisão deve ser baseada na confirmação diagnóstica e estabilização inicial.</p> <p>(E) Administração de aspirina e clopidogrel em antecipação a um possível evento coronariano. Justificativa: A administração de aspirina e clopidogrel é indicada em síndromes coronarianas agudas, não em dissecação aórtica, e pode aumentar o risco de complicações hemorrágicas. Explicação: Não é apropriada e pode ser prejudicial neste contexto.</p> <p>Conclusão: A alternativa correta é (A) Administração de betabloqueadores IV para manter a frequência cardíaca abaixo de 60 bpm. No contexto de uma suspeita de dissecação aórtica aguda, a medida mais crítica é controlar rapidamente a frequência cardíaca e a pressão arterial para minimizar o risco de progressão da dissecação enquanto se aguarda a confirmação diagnóstica através de angiotomografia. A estabilização hemodinâmica é a prioridade imediata antes de considerar a intervenção cirúrgica.</p>		
33-1 / 36-2 / 43-3 / 31-4	<p>Vamos analisar a alternativa D em mais detalhes: Alternativa D: Iniciar monoterapia com um inibidor da ECA e monitorar a função renal Justificativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inibidores da ECA (Enzima Conversora de Angiotensina): São uma classe de medicamentos amplamente utilizados no tratamento da hipertensão arterial. Eles atuam inibindo a conversão de angiotensina I em angiotensina II, um potente vasoconstritor. Isso resulta em vasodilatação, redução da retenção de sódio e água pelos rins, e diminuição da resistência vascular sistêmica, o que contribui para a redução da pressão arterial.</li> <li>• Indicações e Benefícios: Inibidores da ECA são especialmente benéficos em pacientes com hipertensão que também apresentam outras condições, como insuficiência cardíaca, diabetes mellitus, ou doença renal crônica. Eles são conhecidos por proteger os rins (nefroproteção) e reduzir a progressão da nefropatia diabética.</li> <li>• Monitoramento da Função Renal: É essencial monitorar a função renal e os níveis de potássio ao iniciar um inibidor da ECA, pois esses medicamentos podem causar aumento dos níveis de creatinina e hipercalemia (aumento do potássio no sangue).</li> </ul>	Indeferido	Gabarito mantido

	<p>Em alguns casos, isso pode indicar um efeito benéfico (diminuição da pressão glomerular) ou pode ser um sinal de que o medicamento não está sendo tolerado pelo paciente.</p> <p>Aplicação no Caso da Paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pressão Arterial: A paciente apresenta uma hipertensão de estágio 2 com leituras de 150/95 mmHg. Segundo as diretrizes, pacientes com hipertensão de estágio 2 geralmente necessitam de tratamento farmacológico imediato para reduzir o risco de eventos cardiovasculares.</li> <li>• Sem Comorbidades Renais ou Diabetes: A paciente não tem histórico de diabetes ou doença renal crônica, mas tem um IMC elevado (32 kg/m<sup>2</sup>) e um histórico familiar forte de doença cardiovascular precoce. Embora os inibidores da ECA sejam uma boa opção para muitos pacientes hipertensos, especialmente aqueles com doenças renais ou diabetes, a escolha inicial de tratamento pode variar com base no perfil individual e nos fatores de risco do paciente.</li> </ul> <p>Comparação com a Alternativa A:</p> <p>Alternativa A (Diurético tiazídico e redução de peso): Esta é uma abordagem inicial recomendada por muitas diretrizes para pacientes hipertensos, especialmente aqueles com obesidade (IMC de 32 kg/m<sup>2</sup>). Diuréticos tiazídicos ajudam a reduzir a pressão arterial e têm um efeito positivo na redução de eventos cardiovasculares, além de serem particularmente eficazes em pacientes com sobrepeso.</p> <p>Benefícios Adicionais da Alternativa A: A combinação de tratamento farmacológico com mudanças no estilo de vida (como a redução de peso) é altamente recomendada para pacientes obesos, pois a perda de peso pode ter um impacto significativo na redução da pressão arterial e no risco cardiovascular geral.</p> <p>Conclusão:</p> <p>Embora iniciar monoterapia com um inibidor da ECA e monitorar a função renal (alternativa D) seja uma opção válida e eficaz, especialmente em pacientes com comorbidades específicas como diabetes ou doença renal, a alternativa (A) Iniciar tratamento com um diurético tiazídico e recomendar a redução de peso é considerada mais apropriada para esta paciente em particular. Isso se deve ao seu IMC elevado e à ausência de comorbidades renais ou diabetes, alinhando-se melhor com as diretrizes atuais para pacientes com hipertensão arterial e obesidade.</p>		
--	---	--	--

34-1 / 41-2 / 31-3 / 33-4	<p>Vamos ajustar a análise da alternativa 5 para refletir as considerações sobre contraindicações ao uso de anticoagulantes.</p> <p>Alternativa 5:</p> <p>O diagnóstico de TEV em pacientes com câncer ativo deve sempre ser seguido da iniciação de terapia anticoagulante com heparinas de baixo peso molecular como tratamento de primeira linha.</p> <p>Análise da Alternativa 5</p> <p>Verdadeiro, com ressalvas: Em geral, a iniciação de terapia anticoagulante com heparinas de baixo peso molecular (HBPM) é recomendada como tratamento de primeira linha para tromboembolismo venoso (TEV) em pacientes com câncer ativo, devido à sua eficácia e segurança. As diretrizes clínicas sustentam essa prática, já que HBPM têm mostrado benefícios em termos de redução da recorrência de TEV em comparação com antagonistas da vitamina K.</p> <p>Contraindicações: No entanto, existem situações em que a anticoagulação é contraindicada, como sangramento ativo, hipertensão arterial maligna não controlada, coagulopatia grave, trombocitopenia severa e necessidade iminente de procedimentos invasivos de alto risco. Nessas situações, a anticoagulação não pode ser iniciada ou deve ser interrompida temporariamente até que os riscos sejam mitigados.</p> <p>Correção da Resposta:</p> <p>Portanto, a afirmativa seria mais precisa se formulada da seguinte maneira:</p> <p>(F) O diagnóstico de TEV em pacientes com câncer ativo deve sempre ser seguido da iniciação de terapia anticoagulante com heparinas de baixo peso molecular como tratamento de primeira linha.</p> <p>Justificativa: Embora a iniciação de terapia anticoagulante com HBPM seja recomendada para a maioria dos pacientes com TEV e câncer ativo, ela não deve ser iniciada em presença de contraindicações absolutas ao uso de anticoagulantes. Essas contraindicações incluem sangramento ativo ou risco elevado de sangramento, hipertensão arterial não controlada, trombocitopenia severa, coagulopatias graves e necessidade de procedimentos invasivos de alto risco.</p> <p>Revisão das Afirmativas:</p> <p>(V) O tamponamento pericárdico pode se apresentar com aumento da pressão venosa jugular, hipotensão e pulsus paradoxus.</p> <p>(F) O diagnóstico de tamponamento pericárdico é primariamente confirmado com um</p>	Deferido	Anulada
---------------------------	---	----------	---------

	<p>eletrocardiograma (ECG) que mostra baixa voltagem do QRS e alternância elétrica.</p> <p>(F) A ecocardiografia é o método diagnóstico de escolha para confirmar a presença de um derrame pericárdico, mas não pode confirmar a ocorrência de tamponamento pericárdico.</p> <p>(V) O tratamento imediato para o tamponamento pericárdico grave é a pericardiocentese, frequentemente sob guia ecocardiográfica.</p> <p>(F) O diagnóstico de TEV em pacientes com câncer ativo deve sempre ser seguido da iniciação de terapia anticoagulante com heparinas de baixo peso molecular como tratamento de primeira linha.</p>		
35-1 / 40-2 / 39-3 / 50-4	<p>Vamos analisar os sintomas e achados clínicos apresentados pela paciente e comparar com as características de cada uma das condições listadas nas alternativas para determinar o diagnóstico mais provável e a conduta apropriada.</p> <p>Análise das Alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Eritema infeccioso (Parvovírus B19) e suporte sintomático</li> </ul> <p>Sintomas: O eritema infeccioso, também conhecido como quinta doença, geralmente apresenta uma erupção facial em "face esbofetada" e uma erupção maculopapular no corpo que pode parecer rendilhada.</p> <p>Achados clínicos: A erupção tende a começar nas bochechas e pode se espalhar para o corpo, como descrito na paciente.</p> <p>Conduta: Suporte sintomático é o tratamento principal.</p> <p>Conclusão: Muito provável.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sarampo e notificação obrigatória, isolamento do paciente e início de vitamina A</li> </ul> <p>Sintomas: O sarampo apresenta febre alta, tosse, coriza, conjuntivite, manchas de Koplik (pequenas manchas brancas na mucosa bucal) e uma erupção maculopapular que começa na linha do cabelo e se espalha para baixo.</p> <p>Achados clínicos: A erupção começa no rosto e se espalha para o tronco e extremidades.</p> <p>Conclusão: Menos provável devido à ausência de sintomas respiratórios e manchas de Koplik.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rubéola e isolamento do paciente, verificação do status de imunização e notificação</li> </ul> <p>Sintomas: A rubéola apresenta febre baixa, linfadenopatia (especialmente suboccipital e retroauricular) e uma erupção maculopapular que começa no rosto e se espalha para o corpo.</p> <p>Achados clínicos: A erupção é geralmente maculopapular, mas a febre tende a ser mais baixa e pode haver linfadenopatia, que não foi mencionada no caso.</p> <p>Conclusão: Possível, mas menos provável devido à descrição da febre mais alta e ausência</p>	Deferido	Letra A

	<p>de linfadenopatia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Roséola e suporte sintomático</li> </ul> <p>Sintomas: A roséola geralmente afeta crianças pequenas e apresenta febre alta que desaparece subitamente seguida de uma erupção maculopapular que começa no tronco e se espalha para o rosto e extremidades.</p> <p>Achados clínicos: A sequência de febre alta seguida pela erupção que começa no tronco não corresponde ao caso descrito.</p> <p>Conclusão: Improvável.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Escarlatina e início de antibioticoterapia</li> </ul> <p>Sintomas: A escarlatina é causada por infecção estreptocócica e apresenta febre alta, dor de garganta, língua em framboesa, e uma erupção "lixa" que começa no tronco e se espalha.</p> <p>Achados clínicos: A erupção é caracteristicamente áspera ao toque e geralmente começa no tronco, além de haver sinais de faringite estreptocócica.</p> <p>Conclusão: Menos provável devido à ausência de sinais de infecção estreptocócica e características da erupção.</p> <p>Diagnóstico mais provável: Eritema infeccioso (Parvovírus B19)</p> <p>Conduta apropriada:</p> <p>Suporte sintomático, já que o tratamento específico geralmente não é necessário.</p> <p>Educação do paciente sobre a natureza benigna da doença e as medidas de controle de sintomas, como hidratação e antipiréticos.</p> <p>Conclusão:</p> <p>A alternativa correta é (A) Eritema infeccioso e suporte sintomático. Os sintomas e achados clínicos da paciente são consistentes com o eritema infeccioso, e a conduta apropriada é o tratamento de suporte.</p>		
39-1 / 38-2 / 33-3 / 44-4	<p>Vamos reconsiderar a situação e as alternativas disponíveis, levando em consideração a apresentação clínica e os achados laboratoriais fornecidos.</p> <p>Revisão do Caso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Homem de 68 anos com mieloma múltiplo</li> <li>Tratamento atual com lenalidomida</li> <li>Fadiga progressiva e equimoses espontâneas</li> <li>Exames laboratoriais: trombocitopenia e prolongamento do TTPa</li> </ul>	Indeferido	Gabarito mantido

	<p>Análise das Alternativas</p> <p>(A) Desenvolvimento de síndrome de von Willebrand adquirida associada ao mieloma múltiplo.  Justificativa: A síndrome de von Willebrand adquirida pode ocorrer em pacientes com doenças linfoproliferativas como o mieloma múltiplo. Pode causar prolongamento do TTPa e anomalias na função plaquetária, resultando em trombocitopenia funcional.  Conclusão: Plausível, pois o mieloma múltiplo está associado a esta condição, e pode explicar tanto a trombocitopenia quanto o prolongamento do TTPa.</p> <p>(B) Inibição de fatores de coagulação pela lenalidomida.  Justificativa: A lenalidomida não é conhecida por causar inibição direta dos fatores de coagulação que resultaria em prolongamento significativo do TTPa e trombocitopenia.  Conclusão: Menos provável, pois a lenalidomida não está associada diretamente com esses efeitos.</p> <p>(C) Presença de um inibidor do fator VIII adquirido.  Justificativa: A presença de inibidores adquiridos do fator VIII (hemofilia adquirida) pode levar ao prolongamento do TTPa. No entanto, essa condição não causa trombocitopenia.  Conclusão: Menos provável, pois não explica a trombocitopenia.</p> <p>(D) Consumo de fatores de coagulação devido a coagulação intravascular disseminada (CIVD).  Justificativa: A CIVD pode causar prolongamento do TTPa e trombocitopenia. Contudo, a CIVD frequentemente apresenta-se com múltiplos achados laboratoriais, incluindo níveis elevados de dímero D, o que não foi mencionado no caso.  Conclusão: Possível, mas a ausência de outros achados de CIVD torna menos provável.</p> <p>(E) Desenvolvimento de hemofilia A adquirida.  Justificativa: A hemofilia A adquirida envolve a formação de autoanticorpos contra o fator VIII, resultando em um prolongamento do TTPa. Não causa trombocitopenia.  Conclusão: Menos provável, pois não explica a trombocitopenia.</p> <p>Diagnóstico mais provável e justificativa:  A síndrome de von Willebrand adquirida associada ao mieloma múltiplo é a explicação mais provável para os achados de trombocitopenia e prolongamento do TTPa neste paciente. O mieloma múltiplo pode estar associado à síndrome de von Willebrand</p>		
--	---	--	--

	<p>adquirida, que pode levar a disfunção plaquetária e anormalidades nos fatores de coagulação, resultando em prolongamento do TTPa.</p> <p>Conduta Apropriada</p> <p>Confirmação Diagnóstica: Testes específicos para a função do fator von Willebrand, incluindo o fator von Willebrand e a atividade do fator VIII, podem ser realizados para confirmar o diagnóstico.</p> <p>Tratamento: O tratamento da síndrome de von Willebrand adquirida pode envolver terapia específica para corrigir a deficiência, além do manejo contínuo do mieloma múltiplo.</p> <p>Conclusão</p> <p>A alternativa correta é (A) Desenvolvimento de síndrome de von Willebrand adquirida associada ao mieloma múltiplo. Esta condição explica tanto a trombocitopenia quanto o prolongamento do TTPa no contexto do mieloma múltiplo.</p>		
42-1 / 44-2 / 46-3 / 37-4	<p>Vamos rever a questão com a análise detalhada das opções para confirmar o diagnóstico mais provável e a conduta diagnóstica apropriada.</p> <p>Descrição do Caso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente: Homem de 30 anos, previamente saudável</li> <li>• Sintomas: Hipertensão grave (PA 180/110 mmHg), edema periférico, hematúria macroscópica</li> <li>• Exames laboratoriais: Proteinúria significativa (&gt;3,5 g/24h), elevação da creatinina sérica</li> <li>• História: Sem histórico prévio de doença renal ou uso de medicamentos</li> </ul> <p>Análise das Alternativas</p> <p>(A) Glomerulonefrite pós-infecciosa; solicitar complementos C3 e C4 e título de ASO.</p> <p>Características: A glomerulonefrite pós-infecciosa ocorre após infecção estreptocócica, mais comum em crianças, e se apresenta com hematúria, hipertensão, edema e níveis reduzidos de C3.</p> <p>Conclusão: Menos provável devido à falta de infecção recente e à gravidade dos sintomas apresentados pelo paciente adulto.</p> <p>(B) Nefrite intersticial aguda; realizar biópsia renal.</p>	Indeferido	Gabarito mantido



	<p>Características: Associada a medicamentos ou infecções, manifesta-se com febre, rash, eosinofilia e, raramente, proteinúria maciça.</p> <p>Conclusão: Menos provável, pois a apresentação clínica não corresponde ao quadro típico da nefrite intersticial aguda.</p> <p>(C) Síndrome nefrótica de origem glomerular primária; realizar biópsia renal.</p> <p>Características: A síndrome nefrótica é definida por proteinúria maciça (&gt;3,5 g/24h), hipoalbuminemia, edema e hiperlipidemia. Pode estar associada a hipertensão e elevação da creatinina sérica. A biópsia renal é crucial para determinar a causa exata.</p> <p>Conclusão: Muito provável, pois o paciente apresenta proteinúria maciça, hipertensão e edema periférico, indicando uma causa glomerular primária.</p> <p>(D) Glomeruloesclerose segmentar e focal (GESF); realizar ultrassonografia renal.</p> <p>Características: GESF é uma causa comum de síndrome nefrótica em adultos e se caracteriza por proteinúria significativa. Diagnóstico definitivo requer biópsia renal.</p> <p>Conclusão: Possível, mas a ultrassonografia renal não é suficiente para o diagnóstico. A biópsia renal é necessária.</p> <p>(E) Nefropatia por IgA; solicitar imunoeletroforese de proteínas séricas e urinárias.</p> <p>Características: Nefropatia por IgA apresenta hematúria macroscópica recorrente, hipertensão e proteinúria, mas a proteinúria maciça não é típica.</p> <p>Conclusão: Menos provável, pois a apresentação não é consistente com proteinúria maciça.</p> <p>Diagnóstico mais provável: Síndrome nefrótica de origem glomerular primária</p> <p>Justificativa: A presença de proteinúria significativa (&gt;3,5 g/24h), edema periférico, hipertensão grave e elevação da creatinina sérica são características clássicas da síndrome nefrótica.</p> <p>Medida diagnóstica inicial mais apropriada: Realizar biópsia renal</p> <p>Justificativa: A biópsia renal é essencial para determinar a causa exata da síndrome nefrótica, que pode incluir doenças como glomeruloesclerose segmentar e focal (GESF), nefrite membranosa, ou nefropatia membranoproliferativa.</p> <p>Conclusão</p> <p>A alternativa correta é (C) Síndrome nefrótica de origem glomerular primária; realizar biópsia renal. Os sintomas do paciente sugerem uma síndrome nefrótica, e a biópsia renal é o passo diagnóstico mais adequado para identificar a patologia subjacente e orientar o</p>		
--	--	--	--

	tratamento.		
43-1 / 49-2 / 44-3 / 35-4	<p>Vamos revisar e analisar a estratégia de tratamento mais apropriada para a hiponatremia grave neste paciente específico, levando em consideração a necessidade de correção cuidadosa dos níveis de sódio para evitar complicações neurológicas.</p> <p>Descrição do Caso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente: Homem de 60 anos com história de diabetes insípido</li> <li>• Sintomas: Confusão mental e convulsões</li> <li>• Laboratório: Sódio sérico de 116 mEq/L (hiponatremia grave), potássio de 4.5 mEq/L, cloro de 85 mEq/L</li> </ul> <p>Análise das Alternativas</p> <p>(A) Administração de solução salina hipotônica para corrigir lentamente o sódio sérico. Justificativa: Solução salina hipotônica é utilizada para tratar hipernatremia e não é apropriada para hiponatremia. Conclusão: Não é apropriada.</p> <p>(B) Restrição hídrica rigorosa e monitoramento contínuo dos níveis de eletrólitos. Justificativa: Restrição hídrica pode ser utilizada em casos de hiponatremia leve ou moderada, mas não é adequada para hiponatremia grave com sintomas neurológicos. Conclusão: Não é suficiente.</p> <p>(C) Administração de solução salina hipertônica (3%) para aumentar rapidamente o sódio sérico. Justificativa: Em hiponatremia grave com sintomas neurológicos (confusão e convulsões), a administração de solução salina hipertônica pode ser indicada para corrigir rapidamente o sódio sérico. No entanto, é crucial corrigir de forma controlada para evitar lesões cerebrais. Conclusão: Embora a administração de solução salina hipertônica seja necessária, a elevação rápida deve ser evitada. A correção deve ser monitorada cuidadosamente.</p> <p>(D) Suplementação de potássio para corrigir a hiponatremia. Justificativa: A suplementação de potássio não é capaz de corrigir a hiponatremia diretamente, especialmente porque o potássio sérico está normal. Conclusão: Não é apropriada.</p>	Deferido	Anulada

	<p>(E) Uso de diuréticos de alça para promover a excreção de água livre.  Justificativa: Diuréticos de alça podem ser usados em casos específicos para promover a excreção de água livre, mas devem ser utilizados com cautela e geralmente em combinação com outras terapias, como a hidratação intravenosa.  Conclusão: Parcialmente correta, mas não suficiente como única medida.</p> <p>Diagnóstico e Tratamento Apropriado  Para a hiponatremia grave com manifestações neurológicas, a administração de solução salina hipertônica é necessária para aumentar o sódio sérico. No entanto, a correção deve ser feita de forma controlada para evitar lesões cerebrais.  Medida Diagnóstica e Terapêutica Adequada:  Administração de Solução Salina Hipertônica (3%):  Objetivo: Corrigir o sódio sérico de forma controlada.  Método: Administrar solução salina hipertônica (3%) sob monitoramento rigoroso.  Taxa de Correção: A correção do sódio sérico deve ser lenta, não excedendo 8-10 mEq/L nas primeiras 24 horas, para evitar a síndrome de desmielinização osmótica.  Monitoramento Contínuo:  Monitorar continuamente os níveis de sódio e outros eletrólitos.  Avaliar o estado neurológico do paciente frequentemente.</p> <p>Conclusão  A alternativa mais apropriada, considerando a necessidade de corrigir a hiponatremia grave de forma controlada, é (C) Administração de solução salina hipertônica (3%) para aumentar rapidamente o sódio sérico. No entanto, a ênfase deve estar na correção controlada e monitorada para evitar complicações neurológicas. Portanto, a administração de solução salina hipertônica deve ser feita com cautela e sob rigoroso monitoramento, corrigindo lentamente o sódio sérico.  Sendo assim, a questão não apresenta resposta correta.</p>		
45-1 / 31-2 / 36-3 / 43-4	<p>Para responder a esta questão, é importante entender o contexto do paciente com carcinoma de origem indeterminada e síndrome paraneoplásica manifestada por hipercalcemia grave. Vamos analisar cada alternativa considerando a condição e o manejo mais apropriado.</p> <p>Análise das Alternativas</p> <p>(A) Terapia dirigida baseada em mutações genômicas específicas identificadas na biópsia</p>	Deferido	Letra C

	<p>do tumor.</p> <p>Justificativa: A terapia dirigida pode ser extremamente eficaz se mutações específicas e tratáveis forem identificadas na biópsia do tumor. No entanto, isso requer uma biópsia adequada e a identificação de mutações específicas, o que pode não ser possível ou pode demorar.</p> <p>Conclusão: Potencialmente apropriada, mas depende da identificação de mutações genômicas específicas.</p> <p>(B) Quimioterapia empírica de amplo espectro para carcinoma de origem desconhecida.</p> <p>Justificativa: A quimioterapia empírica de amplo espectro pode ser considerada para carcinomas de origem desconhecida, especialmente se o paciente estiver com sintomas graves ou em deterioração rápida. No entanto, o benefício dessa abordagem deve ser cuidadosamente ponderado contra os efeitos colaterais potenciais.</p> <p>Conclusão: Apropriada em certos casos, mas pode não ser a primeira escolha sem mais informações sobre o tumor.</p> <p>(C) Início imediato de bifosfonatos e avaliação para possível mieloma múltiplo.</p> <p>Justificativa: Bifosfonatos são indicados para o manejo da hipercalemia, especialmente em contextos de malignidade. A avaliação para mieloma múltiplo é apropriada, pois o mieloma pode frequentemente se manifestar com hipercalemia grave e deve ser considerado no diagnóstico diferencial.</p> <p>Conclusão: Apropriada e imediatamente relevante para o manejo da hipercalemia e para excluir uma possível causa subjacente tratável (mieloma múltiplo).</p> <p>(D) Terapia imunossupressora para reduzir a produção de mediadores inflamatórios associados à síndrome paraneoplásica.</p> <p>Justificativa: A terapia imunossupressora pode ser útil em certos tipos de síndromes paraneoplásicas, mas a hipercalemia paraneoplásica é geralmente tratada com manejo específico da hipercalemia e tratamento do tumor subjacente.</p> <p>Conclusão: Menos apropriada, pois não aborda diretamente a hipercalemia ou a malignidade subjacente.</p> <p>(E) Cirurgia exploratória para tentar identificar a origem primária do carcinoma.</p> <p>Justificativa: A cirurgia exploratória pode ser considerada em certos casos para identificar a origem do carcinoma, mas é invasiva e pode não ser a abordagem inicial mais apropriada sem tentar outras avaliações menos invasivas primeiro.</p>		
--	---	--	--

	<p>Conclusão: Menos apropriada como primeira linha de ação sem tentar outros métodos diagnósticos menos invasivos.</p> <p>A alternativa mais apropriada é (C) Início imediato de bifosfonatos e avaliação para possível mieloma múltiplo.</p> <p>Justificativa:</p> <p>Bifosfonatos: São eficazes para o manejo imediato da hipercalcemia grave, ajudando a reduzir os níveis de cálcio no sangue.</p> <p>Avaliação para mieloma múltiplo: Dado que o mieloma múltiplo pode frequentemente se manifestar com hipercalcemia grave, a avaliação para esta condição é crucial para garantir um diagnóstico preciso e um tratamento adequado.</p> <p>Esta abordagem permite o manejo imediato da hipercalcemia e investiga uma causa potencialmente tratável, garantindo um tratamento mais direcionado e eficaz para o paciente.</p>		
48-1 / 47-2 / 41-3 / 45-4	<p>Para preencher corretamente as lacunas com base no tratamento adequado para uma picada de cobra Bothrops jararaca, vamos analisar cada opção:</p> <p>(A) (1) soro antibotrópico, (2) anticoagulantes. Justificativa: O soro antibotrópico é o tratamento específico para picadas de serpentes do gênero Bothrops. No entanto, anticoagulantes não são tipicamente administrados, pois as picadas de Bothrops podem causar distúrbios de coagulação e o uso de anticoagulantes pode piorar a situação.</p> <p>(B) (1) soro anticrotálico, (2) corticosteroides. Justificativa: O soro anticrotálico é específico para picadas de serpentes do gênero Crotalus (cascavéis), não sendo apropriado para picadas de Bothrops. Corticosteroides não são uma recomendação padrão imediata para este tipo de envenenamento.</p> <p>(C) (1) soro antibotrópico, (2) tetramicina. Justificativa: Tetramicina não é um tratamento padrão para complicações de picadas de serpentes. Antibióticos podem ser necessários em caso de infecção secundária, mas não como medida imediata.</p> <p>(D) (1) antídoto universal, (2) analgésicos. Justificativa: Não existe um "antídoto universal" para picadas de serpentes, e o tratamento</p>	Indeferido	Gabarito mantido

	<p>específico é fundamental. Analgésicos podem ser usados, mas não como substituto do soro específico.</p> <p>(E) (1) soro antibotrópico, (2) analgésicos.  Justificativa: O soro antibotrópico é o tratamento específico e adequado para picadas de serpentes do gênero Bothrops. Analgésicos são apropriados para o manejo da dor associada à picada.</p> <p>Conclusão  A alternativa correta é (E) (1) soro antibotrópico, (2) analgésicos.  Justificativa:  Soro antibotrópico: É o tratamento específico para neutralizar o veneno de cobras do gênero Bothrops.  Analgésicos: São apropriados para o manejo da dor intensa associada à picada.  Portanto, preenchendo as lacunas:  Um paciente de 32 anos, apresentando dor intensa e edema local, chega ao pronto-socorro após ser picado no braço por uma cobra. A cobra é identificada como Bothrops jararaca. O médico plantonista deve iniciar imediatamente o tratamento com soro antibotrópico (1) e considerar a administração de analgésicos (2) para prevenir complicações secundárias.</p> <p>Como o gabarito preliminar já indicava a alternativa E, esse recurso deve ser indeferido.</p>		
--	--	--	--