

CLÍNICA MÉDICA

CASO 01

Uma mulher de 38 anos é trazida ao PS após um episódio de convulsão. Cedo, naquele dia, ela participou de uma maratona em alta-altitude. Ela não tinha sintomas antes da corrida, mas ao fim dela foi se tornando intensamente nauseada. Após a corrida, ela vomitou 2 vezes, e apresentou uma convulsão tônico-clônica generalizada. Ela não apresentou cefaleia e não tinha história médica significativa. Seu treinador insistiu que ela foi intensamente hidratada, antes, durante e após a corrida. Ele afirmou que a única droga que ela usou foi Ibuprofeno, cerca de 24h antes, para dores musculares. No PS ela se apresenta afebril, PA 110/75 mmHg, pulso 100/min e frequência respiratória de 18/min. A Oximetria é de 98% em ar ambiente. Pupilas são isocóricas e foto reagentes, não há rigidez nuchal. A paciente está muito confusa e não coopera muito com o exame neurológico, mas retira as 4 extremidades ao estímulo doloroso.

Os exames laboratoriais mostram:

Hb 15.5 g/dL

Na⁺ 116 mEq/L

Creatinina 0,9 mg/dL

Ureia 38mg/dL

Glicemia 72 mg/dL

QUESTÃO 01:

Comente a mais provável causa da condição atual desta paciente.

Resposta: isquemia miocárdica. Sinônimos aceitos: insuficiência coronária; angina estável; equivalente isquêmico.

QUESTÃO 02:

Quais os mecanismos fisiopatológicos envolvidos na condição atual desta paciente?

Captação normal do radiofármaco no repouso e stress: exame normal.

Captação normal no repouso e hipocaptação no stress: isquemia miocárdica.

Hipocaptação no repouso e no stress/hipocaptação fixa: fibrose miocárdica ou miocárdio hibernante.

QUESTÃO 03:

Como você conduziria este caso?

Controle inicial de sintomas.

Antianginoso de 1ª linha: citar beta-bloqueador ou bloqueador de canal de cálcio (diidropiridínico ou não).

Antianginoso de 2ª linha: citar nitrato ou ivabradina.

Tratamento da anemia.

Antiplaquetário (aspirina ou clopidogrel).

Citar algum dos antiplaquetários.

Controle medicamentoso dos fatores de risco.

Tratamento da HAS.

Citar tratamento de HAS.

iECA ou BRA como medicamento preferencial.

Estatina.

Controle não medicamentoso dos fatores de risco.

Perda de peso.

Cessaçãõ do tabagismo.

Citar tratamento/controle do DM.

Atividade física.

Tratamento invasivo.

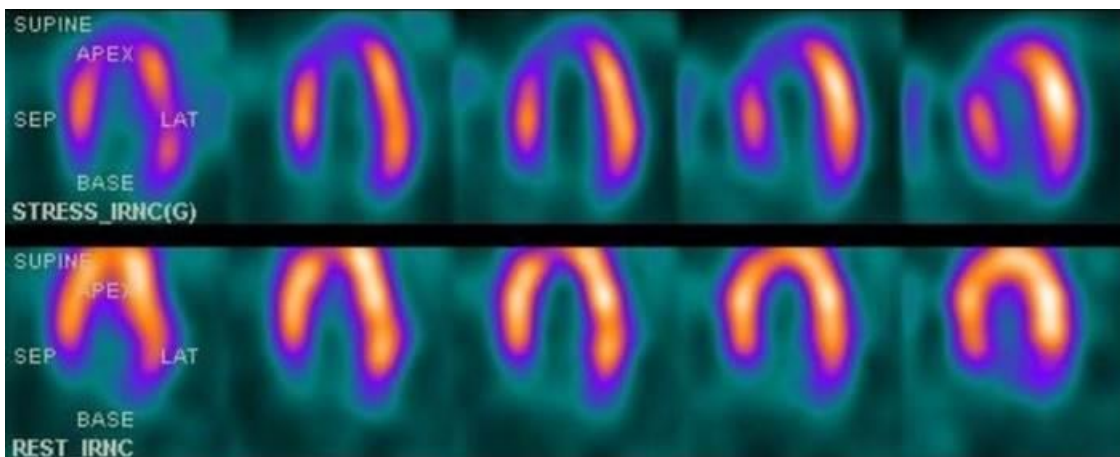
Citar como alternativa para o tratamento: (válido qualquer dos termos – cateterismo/cineangiocoronariografia; angioplastia; revascularização percutânea ou cirúrgica).

Reconhecer prioridade inicial do tratamento clínico (revascularização indicada principalmente se persistência dos sintomas).

CASO 02

Um homem de 47 anos vem para avaliação de dispneia aos exercícios. Ele é um fumante crônico, portador de diabetes mellitus tipo 2, anemia normocítica, e doença renal crônica estágio G3aA2. Sua

história familiar é insignificante. A PA: 142/88 mmHg e o pulso 76/min, com IMC de 32 kg/m². Uma cintilografia do miocárdio foi realizada ao repouso e após 5 minutos correndo na esteira, com injeções endovenosas separadas de sestamibe TC-99m, e as imagens são vistas na figura abaixo, sendo que as inferiores foram obtidas no repouso, e as superiores obtidas após a esteira.



QUESTÃO 04:

Como você interpreta estes achados?

Resposta: hiponatremia

QUESTÃO 05:

Quais as possíveis comparações entre as imagens de repouso e de “stress” de uma cintilografia miocárdica, e o que elas indicam?

Perda de água/líquido corporal por evaporação (citar sudorese/transpiração e/ou pela respiração) ativa secreção de ADH/AVP.

Perda de sódio pelo suor com reposição excessiva (oral) de água livre (isenta de sódio).

Reposição oral de água livre (isenta de sódio) na presença de ADH (AVP) elevado ocasiona diluição da concentração de sódio corporal.

Serão consideradas frases/palavras com esse conceito (hiponatremia ocorre por diluição e não simplesmente perda de sódio).

Reconhecer possível papel do AINE na fisiopatologia.

Citar influência do AINE.

Explicar mecanismo: interferência na função renal – via bloqueio de prostaglandina.

Discutir implicações da hiponatremia aguda nos sintomas neurológicos.

Citar edema celular (neuronal).

Explicar formação do edema celular: redução da concentração de sódio do líquido extracelular ocasiona movimento de líquido para dentro das células por osmose.

Correlação adequada entre o edema neuronal e os sintomas neurológicos.

Palavras-chave: hipertensão intracraniana/náuseas e vômitos/convulsões/alteração do estado mental.

QUESTÃO 06:

Como você conduziria este caso?

Indicar tratamento inicial com solução salina hipertônica (3%)

Citar solução hipertônica 3%

Justificar o uso de solução 3%: sintomas neurológicos graves de hiponatremia aguda

Presença de sintomas.

Instalação aguda da hiponatremia.

Discussão sobre cuidados com reposição.

Citar risco de desmielinização osmótica.

Reconhecer risco menor de desmielinização osmótica na hiponatremia aguda x crônica, o que permite reposição mais rápida.

Citar pelo menos uma das velocidades recomendadas de reposição (Fontes)

Livro Emergências Clínicas HC: infusão inicial de 1,5-2 mEq/L/h nas primeiras 4 horas e/ou melhora dos sintomas sem ultrapassar 8-10 mEq/L em 24h.

Guideline Americano 2013 de Tratamento de Hiponatremia: 100 ml de NaCl 3% em 10 minutos (repetir até 3x) se sintomas graves/risco de herniação; NaCl 0,5-2 mL/kg/h se sintomas leves a moderados até melhora dos sintomas.

CIRURGIA GERAL

CASO 03

Paciente de 54 anos, masculino, hipertenso em uso de losartana, negando outras patologias prévias, relata ter nos últimos 6 meses incomodo na região inguinal direita e fossa ilíaca direita. Chegou a procurar o pronto socorro há 3 meses com dor intensa na região e inicialmente chegou a se na ocasião a suspeitar de apendicite aguda a qual foi descartada. A dor apresentou períodos de melhora, porém há 1 mês vem notando novamente dor e sensação de distensão abdominal após alimentação, com alteração do ritmo evacuatório. Suas fezes ficaram mais líquidas chegando a alguns episódios de diarreia e notou há duas semanas laivos de sangue vivo junto ao bolo fecal. Apresentou uma pequena perda ponderal neste período e neste último mês também notou edema importante e endurecimento da panturrilha direita, sendo diagnosticado com trombose venosa profunda de membro inferior direito e iniciou esquema de anticoagulação oral. Relata não ter histórico familiar importante. Antecedentes pessoais tem histórico de ingestão alcoólica social.

Este paciente vai ao pronto socorro devido a uma piora intensa da dor, tipo cólica, localizada em fossa ilíaca direita, com distensão abdominal e vômitos associado a febre de 39° C.

Exame físico na admissão:

Reg, descorado, desidratado, eupneico, estável. PA 120x90 mmHG FC 90 FR 16

Mv + bilat sem RA. Abdome globoso, distendido, hipertimpânico, com ruídos aumentados, sem massas palpáveis, sem sinais de peritonite. Febril T = 39. Durante exame físico apresentou dois episódios de vômitos.

No PS realizados alguns exames laboratoriais e um RX de abdome como segue abaixo:

Hb 10.4

Amilase = 80

Leuco 14 000 (2% bastões)

PCR = 8,0

Na 130

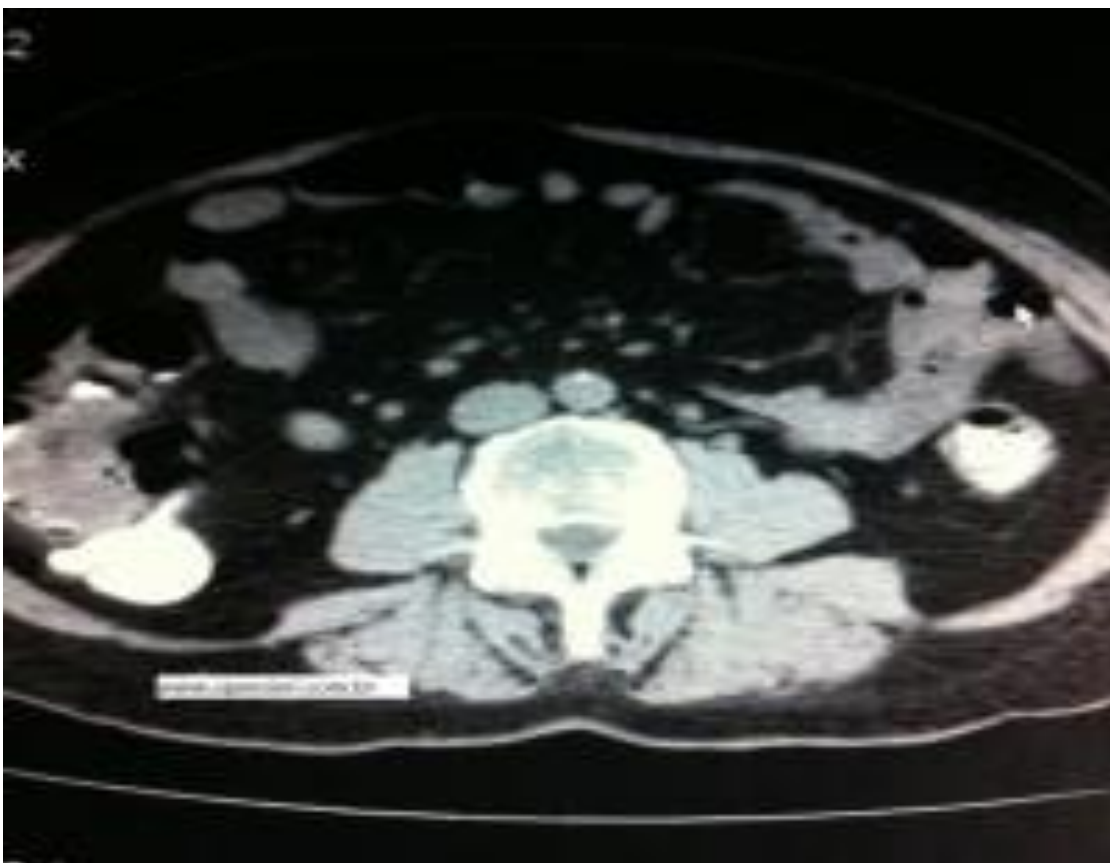
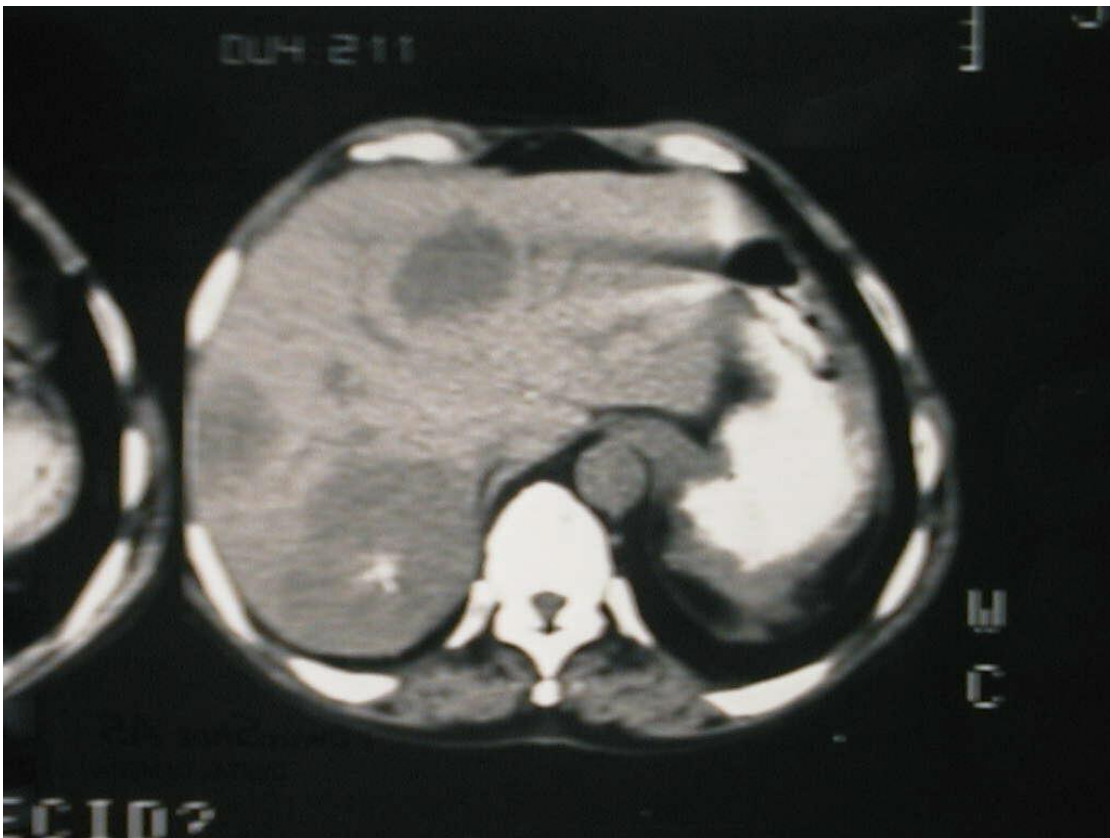
UR = 55

K 3,9

Cre 1,1



Após estes exames os familiares do paciente chegam no PS trazendo uma tomografia que o mesmo realizou há três dias atrás antes da entrada no PS conforme segue abaixo:



Diante do exposto, pergunta-se:

QUESTÃO 07:

Principal hipótese diagnóstica e dois diagnósticos diferenciais.

Abdome Agudo Obstrutivo, Neoplasia Colorretal, Hérnia Encarcerada, Crohn Estenosante.

QUESTÃO 08:

Cite as alterações encontradas no RX e na tomografia de abdome.

RX - níveis hidroaéreos, distensão da alças, perda das haustrações, dilatação, sugestivo de obstrução.

TC - meta hepática com lesão estenosante em Ceco - sugestivo de neoplasia de Colon.

QUESTÃO 09:

Qual a melhor conduta para este paciente após todos estes exames?

Sonda nasogástrica, sonda vesical, acesso e hidratação, analgesia, antibiótico e preparar para cirurgia.

QUESTÃO 10:

Qual a melhor estratégia cirúrgica para este paciente?

Colectomia direita com anastomose primária.

QUESTÃO 11:

Cite duas possíveis complicações desta cirurgia.

Fístula da anastomose, bridas, infecção de ferida operatória e abscesso intracavitário.

CASO 04

HISTÓRIA CLÍNICA

F.D.S., masculino, 39 anos, solteiro, natural e procedente de Atibaia, desempregado em situação de rua, sem religião. Paciente, usuário de crack, trazido pela equipe do corpo de bombeiros sob o Protocolo ATLS, encontrado agitado na cena, vítima de agressão física por desconhecidos com chutes e socos, sendo encontrado em uma casa abandonada em decúbito dorsal horizontal.

Paciente avaliado sob protocolo ATLS:

- A: VAP com Colar Cervical + Prancha Rígida, sem turgência jugular.
- B: MV+ bilateralmente, S/ RA, SAT 93% em aa, dor a palpação de terço distal de tórax, sem crepitação, sem enfisema subcutâneo.
- C: BRNF EM 2T S/S, FC: 88bpm, PA 130X80mmHg, TEC <3s, pelve estável, abdome plano, flácido, indolor a palpação superficial e profunda.
- D: ECG: 14 (Agitado), pupila direita fotoreagente (pupila esquerda não visualizada devido hematoma).
- E: Escoriação em tórax a esquerda, hematoma em olho esquerdo e escoriações em rosto.

Realizado rotação em bloco e palpação de coluna cervical, torácica e lombar, sem dor ou crepitação sendo optado por retirar prancha rígida. Colar cervical mantido por hora.

Exames de entrada: Hb 10,5 g/dL (VR: 12-15)

Ht: 31.7 % (VR: 36-46)

Amilase: 238 (VR: 30-110)

QUESTÃO 12:

Frente a este paciente no pronto socorro qual seria sua próxima conduta?

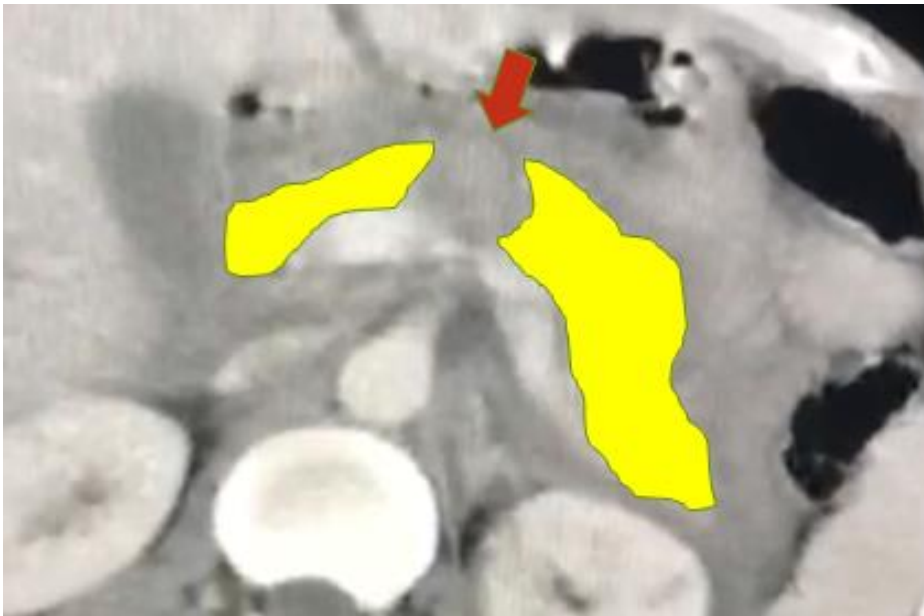
Protocolo ATLS - acesso calibroso em mmss, cateter de O2, e a seguir exames auxiliares do exame primário como RX coluna cervical, RX tórax e bacia. A seguir, como está estável, tomografia de tórax e abdome.

QUESTÃO 13:

Paciente foi submetido a Tomografia de Abdome, cujas imagens estão abaixo demonstradas. Qual o diagnóstico tomográfico deste paciente?

Trauma de Pâncreas Grau III.





QUESTÃO 14:

Qual seria a melhor conduta frente a este diagnóstico tomográfico?

Pancreatectomia Corpo Caudal.

Este paciente após alta hospitalar não retornou mais aos ambulatórios de cirurgia geral e perdeu seguimento após o trauma. Somente retornou ao serviço após um ano dando entrada com fortes dores abdominais, vômitos, febre e sensação de distensão abdominal. Realizou uma tomografia de controle que está abaixo:



QUESTÃO 15:

Qual diagnóstico deste paciente agora lembrando do trauma prévio que ele teve no passado recente?

Pseudocisto de Pâncreas.

QUESTÃO 16:

Cite as formas terapêuticas desta entidade clínica.

Derivação Pseudocisto Gástrica Endoscópica ou Convencional.

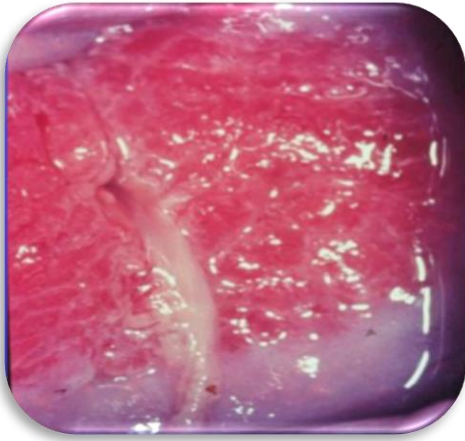
GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

CASO 05

Paciente de 19 anos procura atendimento no pronto socorro ginecológico do Hospital Universitário de Jundiaí devido a queixa de dor em baixo ventre que já percebera há 7 dias, mas que se agravou profundamente há 2 dias. Refere ainda “corpo quente” e corrimento vaginal amarelado “desde sempre”. Diz que teve dispareunia e três episódios de náuseas com vômitos no último episódio. Nunca fez

qualquer cirurgia e nunca ficou grávida, apesar de fazer uso irregular de ACO e condons. Além disso, relata início de atividade sexual aos 15 anos e já contou 10 parceiros sexuais. Após a visualização do exame físico e complementar nas figuras abaixo, responda:

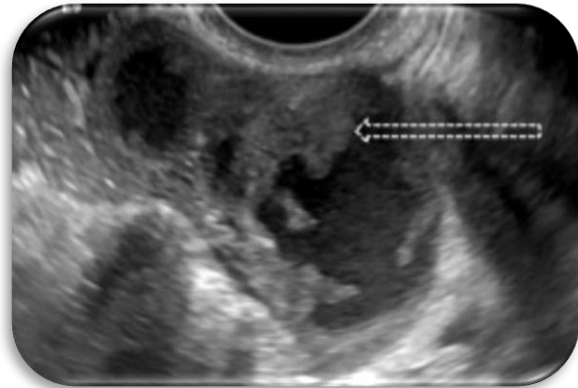
Foto de exame especular



Fotos de exame de imagem



Seta= líquido endometrial
Asterisco= fundo de saco vaginal



Seta= imagem anexial

QUESTÃO 17:

Qual a sua HD principal?

Moléstia Inflamatória Pélvica Aguda (MIPA) ou Doença Inflamatória Pélvica (DIP).

QUESTÃO 18:

Quais os diagnósticos diferenciais que você deverá pensar (cite apenas 3 diagnósticos diferenciais) e quais exames você solicitaria para correta elucidação diagnóstica (qu岸os achar pertinentes)?

Qualquer uma das respostas a seguir:

Gravidez ectópica (GE) – beta hCG ou/e USTV.

Infecção do trato urinário (ITU) – Urina 1.

Apendicite aguda – hemograma e/ou USTV e/ou tomografia abdominal.

Torção ovariana – USTV.

Cisto ovariano hemorrágico ou roto – USTV.

QUESTÃO 19:

Qual conduta você tomaria diante do caso e por quê? (seja objetivo na sua resposta)

Internação + Antibioticoterapia e Sintomáticos ou Conduta Não Cirúrgica

Não é obrigatório nomear os antibióticos, mas devem seguir as opções do Ministério da Saúde do Brasil, que são:

1ª opção: Ceftraxione 1g EV/dia + Doxiciclina 100mg VO/2xdia + Metronidazol 400mg EV/2xdia

2ª opção: Clindamicina 900mg EV/3xdia + Gentamicina EV ou IM/3 a 5 mg/kg/dia

QUESTÃO 20:

Quais fatores de riscos são mais frequentemente associados a essa patologia? (cite apenas 3)

Qualquer uma das respostas a seguir: duchas vaginais, adolescentes e/ou mulheres jovens, corrimento vaginal, MIPA ou DST prévias, múltiplos parceiros sexuais, relações sexuais desprotegidas, início precoce de atividade sexual, tabagismo.

CASO 06

Paciente MSG, 27 anos, G2P1c (Há 3 anos) A1, DUM: Há um mês (imprecisa), MAC: DIU de cobre. Refere dor em baixo ventre há 3 dias, que piorou hoje, há aproximadamente 6 horas. No momento refere dor intensa (0 a 10, refere 10) e pequeno sangramento via vaginal. Procurou o pronto socorro em sua cidade, há 1 dia, tendo sido dispensada com orientação de retorno se necessário e Buscopan Plus® 1cp vo 8/8h.

Controles clínicos:

PA: 90X50mmHg, FC: 120bpm, FR: 23ipm, Temp: 37,3° C

Ao exame: Paciente corada, desidratada 1+/4+, extremidades frias, perfusão periférica diminuída 1+/4+, contactuante, orientada, em posição antálgica.

AP respiratório: MB + simétrico sem RA; e AP cardiovascular: 2 BRNF sem sopro.

Abdome: Plano, tenso, doloroso difusamente à palpação profunda, com defesa abdominal positiva (DB+) na fossa ilíaca direita, RHA diminuídos.

Especular: Presença de JEC em -1, secreção amarelada, KOH positivo. Presença do fio do DIU exteriorizando-se pelo OI do colo (3 cm).

Toque: colo consistência fibroelástica, útero intrapélvico e doloroso à mobilização do colo. Dor intensa à compressão do fundo de saco posterior.

Laboratorial

Hemograma: HB 9,0; Ht 33; plaqueta 150 mil. Leucocitos 13.000 (1% bastão)

Ureia – 15, Creatinina – 0,8; Urina 1 – leuco 15 mil, hemácias 2 mil.

BetaHCG: +

QUESTÃO 21:

Quais suas principais hipóteses diagnósticas?

Abdomen agudo hemorrágico; Gestação ectópica rota; Vaginose bacteriana; Choque hipovolêmico (índice de choque maior que 1); DIU fora do lugar (devido ao fio estar mais longo que o habitual).

QUESTÃO 22:

Qual sua interpretação dos resultados destes exames associados ao quadro clínico da paciente, você solicitaria mais algum exame complementar, se sim justifique, se não justifique?

Paciente está com beta positivo – e hemoglobina baixa, favorecem a hipótese de gestação ectópica rota. KOH – positivo que fala a favor de vaginose bacteriana. Solicitaria um ultrassom transvaginal para confirmação diagnóstica da gestação ectópica e da localização do diu, se este exame estivesse disponível no serviço.

QUESTÃO 23:

Qual sua conduta inicial?

Internação. Acesso venoso calibroso – abocath no 18 ou 16. Tipagem sanguínea. Reserva de sangue. Reposição volêmica – com Ringier lactato. Sondagem vesical de demora. Monitorização, controle de PA, FC e diurese. Laparotomia exploradora com exérese e hemostasia da região acometida (salpingectomia e/ou ooforectomia) (tratamento da gestação ectópica). Metronidazol 500mg 12/12 h por 7 dias (tratamento da vaginose bacteriana). Retirar o DIU caso esteja mesmo fora do lugar.

QUESTÃO 24:

Após a alta qual a orientação e conduta?

Abstinência sexual por 40 dias. Anticoncepcional – neste caso o melhor seria oral ou injetável. Se desejo de nova gestação – solicitar histerossalpingografia para avaliação de permeabilidade tubária. Não engravidar até resultado da histerossalpingografia. Retorno em 15 dias no ambulatório para avaliação. Não fazer esforço físico por 40 dias. Atestado médico.

PEDIATRIA

CASO 07

Após um processo de pandemia, chega ao consultório um casal de pais de um escolar de seis anos, filho único do casal que esperara mais de dez anos para concebê-lo. Vão à consulta referindo que o filho estava sendo evitado pelos coleguinhas, pois o mesmo apresentava odor fecal, sem outras queixas. Embora mãe coruja, cuidadosa e exigente, tenta ensiná-lo desde cedo a evacuar no vaso sanitário e a higienização, mas desde os dois anos e meio de vida, ele apresenta dificuldade para evacuar, com alguns períodos de mais de 6 dias, sem apresentar nenhuma evacuação, e por muitas vezes ela o viu suar frio e se “apertar”. A mãe relata ter visto, em alguns episódios, sangramento anal

pois as fezes eram muito volumosas e ressecadas, causando dor e conseqüentemente medo na criança e ansiedade na família.

Ao exame, apresentava-se introvertido, resistente ao contato, sem déficit pondero-estatural, sem distensão abdominal. Outras alterações ao exame físico foram difíceis de avaliar devido a criança ser o líder da família e não colaborar com o exame, com aval dos pais sem voz de comando. Com base na história acima responda:

QUESTÃO 25:

Cite a hipótese diagnóstica mais provável e justifique.

Constipação funcional crônica ou megacólon funcional, ou megacólon psicogênico em função de fatores familiares, psicológicos e de excessiva manipulação e controle em um menino tímido e propenso a somatizar as pressões sofridas.

QUESTÃO 26:

Cite 2 diagnósticos diferenciais:

Doença celíaca. Hipotireoidismo / Hipercalcemia / Hipocalcemia. Diabetes mellitus. Alergia a proteína do leite de vaca (APLV). Drogas e tóxicos: opiáceos, anticolinérgicos, antidepressivos, quimioterapia, intoxicação por chumbo. Intoxicação por vitamina D. Botulismo. Fibrose cística. Doença de Hirschsprung. Acalasia anal. Malformações anatômicas: ânus imperfurado, estenose anal. Massa pélvica (teratoma sacral). Anomalias da medula espinhal, trauma. Anormalidades da parede abdominal: Prunne Belly, gastrosquise, síndrome de Down. Pseudo-obstrução (neuropatias viscerais, miopatias, mesenquimopatias). Neoplasia endócrina múltipla tipo 2B1.

QUESTÃO 27:

Cite outros achados de exame físico e exames complementares que reforçariam a hipótese diagnóstica mais provável.

Palpação de grande volume (fecal) em região de baixo ventre, toque retal com fezes no reto, radiografia simples de abdome com indícios de grande volume fecal em reto, radiografia contrastada sem preparo prévio com megacólon funcional, manografia anorretal com resposta normal de esfíncter interno.

QUESTÃO 28:

Qual o tratamento necessário?

Considerar-se-á como tratamento: desimpactação, condicionamento do hábito intestinal e manutenção.

Desimpactação: é recomendado quando há identificação de massa fecal na palpação abdominal, toque retal ou radiografia simples de abdome. A primeira linha de tratamento de crianças com impactação fecal é o uso de polietilenoglicol (PEG) com ou sem eletrólitos na dose de 1-1,5 g/kg/dia, por 3 a 6 dias. Caso não haja disponibilidade de PEG, podem ser utilizados enemas diários por 3 a 6 dias. Devem ser mantidos até a completa eliminação das fezes e a criança apresentar 1 a 2 evacuações amolecidas por dia. Em termos de eficácia, não há diferença entre os tratamentos. No último consenso das Sociedades Norte Americana e Europeia de Gastroenterologia Pediátrica, o grupo de trabalho deu preferência ao uso de PEG.

Recondicionamento do hábito intestinal: o que inclui a orientação de permanência da criança sentada no vaso sanitário ou penico por um período de 5 a 10 minutos após as grandes refeições, a fim de aproveitar o reflexo gastrocólico. Os vasos sanitários devem ser adequados à altura da criança ou deve se fornecer uma adaptação que permita o uso correto da musculatura abdominal envolvida na defecação. A criança deve conseguir apoiar os pés no chão ou deve-se usar um banco ou cadeira em frente ao vaso sanitário para que ela possa apoiar os pés.

Manutenção: a manutenção do tratamento é extremamente importante, pois evita que ocorra a reimpactação fecal. Envolve, especialmente, a utilização de laxantes por pelo menos 2 meses. Importante lembrar que todos os sintomas da constipação devem estar resolvidos por pelo menos 1 mês antes da descontinuação do tratamento e a retirada do laxante deve ser gradual.

CASO 08

Você está na Unidade de Saúde e recebe Ketylly Giovanna, com 25 dias de vida, Pré-termo tardio (36 semanas e 2 dias), Adequado para Idade Gestacional. A mãe está ansiosa porque a criança está em aleitamento materno exclusivo, mama com muita frequência e “chora muito”. Ela tem receio de que seu leite não esteja sendo suficiente. Também trouxe o resultado do Teste do Pezinho e pede a você informações sobre esse exame. Você observa e avalia a mamada e o exame trazido pela mãe e examina a criança, que ganhou peso satisfatoriamente e não apresenta alterações clínicas.

QUESTÃO 29:

Cite 3 parâmetros que indicam uma boa técnica de amamentação.

Quaisquer opções entre:

1. Boca da criança aberta ou bem aberta;
2. Lábio inferior da criança virado para fora ou evertido;
3. Queixo da criança tocando a mama;
4. Aréola visível acima da boca da criança OU abocanhar a maior parte da aréola OU abocanhar toda a aréola OU não visualização da aréola OU não visualização da porção inferior da aréola;
5. Narina livre ou não obstruída;
6. Bochechas protusas.

QUESTÃO 30:

Cite 3 dos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno.

Passo 1- Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde;

Passo 2- Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta política;

Passo 3- Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno;

Passo 4- Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento; conforme nova interpretação: colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães, imediatamente após o parto, por pelo menos uma hora e orientar a mãe a identificar se o bebê mostra sinais de que está querendo ser amamentado, oferecendo ajuda se necessário;

Passo 5- Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos;

Passo 6- Não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica e/ou de nutricionista;

Passo 7- Praticar o alojamento conjunto - permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos – 24 horas por dia;

Passo 8- Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda;

Passo 9- Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a recém-nascidos e lactentes;

Passo 10- Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade; conforme nova interpretação: encaminhar as mães a grupos ou outros serviços de apoio à amamentação, após a alta, e estimular a formação e a colaboração com esses grupos ou serviços.

QUESTÃO 31:

Cite as doenças que devem constar no Programa de Triagem Neonatal, pelo SUS, se esta criança nasceu no Estado de São Paulo.

1. Fenilcetonúria;
2. Hipotireoidismo congênito OU Hipotireoidismo;
3. Hemoglobinopatias OU anemia falciforme OU doença falciforme;
4. Fibrose cística OU mucoviscidose;
5. Deficiência de Biotinidase OU Biotinidase;
6. Hiperplasia Adrenal Congênita OU Hiperplasia Congênita de Supra-renal OU Hiperplasia Congênita de Adrenal.

Aceitas 4 entre as 6.

QUESTÃO 32:

Pela prematuridade, para qual dessas doenças, nova amostra deverá ser coletada?

Hemoglobinopatias OU anemia falciforme OU doença falciforme.

SAÚDE COLETIVA

CASO 09

João da Costa, 66 anos, há 2 meses refere diminuição do apetite, perda de peso (5kg), sudorese noturna, piorando de seus sintomas depressivos e ânimo em acréscimo ao isolamento imposto pela pandemia de COVID 19 durante o ano. Há duas semanas percebeu alteração do jato urinário com desconforto e dor em peso no baixo ventre. Urina avermelhada. Procurou a Unidade de Saúde da Família onde foi atendido em acolhimento logo pela manhã. Negou dores lombares, sendo encaminhado para coleta de exame Urina I, no dia seguinte, que mostrou: hematúria +, hemácias 120.000, leucócitos 20.000.

Antecedentes: pneumonias na juventude, com melhora com suspensão do uso de tabaco há 30 anos. Ao exame, apresentava-se emagrecido, desanimado, eupnéico, afebril e hidratado.

PA: 120X80mmHG, ausculta pulmonar e cardíaca normais e, ao exame abdominal, leve desconforto à palpação do baixo ventre. Sinal de Giordano negativo.

Considerando o quadro sistêmico, o Médico de Família encaminhou seu João ao Urologista que, na investigação, encontrou aumento discreto da próstata (42cm³) com contornos regulares à ultrassonografia com coleções hipoeocogênicas. Feita biópsia, o exame anatomopatológico mostra presença de alteração granulomatosa, sem presença de fungos e presença de BAAR positiva (Ziehl-Neelsen). Realizou Ressonância Nuclear Magnética de tórax e abdome que não acrescentou achados além daqueles apontados pela ultrassonografia.

QUESTÃO 33:

Qual o diagnóstico provável?

Tuberculose extrapulmonar (prostática) ou urogenital

QUESTÃO 34:

Qual a condição provável desencadeia o surgimento atual da doença?

Reativação endógena (do bacilo da tuberculose)

QUESTÃO 35:

Qual a conduta clínico epidemiológica para o caso?

Notificação de Tuberculose extrapulmonar. Acompanhamento mensal clínico na UBS seguindo protocolo de doses supervisionadas. Acompanhamento evolutivo conjunto infectologia/urologia.

QUESTÃO 36:

Qual o tratamento medicamentoso básico e tempo protocolar de tratamento?

Esquema quadruplo por 2 meses (2RHZE), seguido por

Esquema duplo por 4 meses (4RH)

CASO 10

Homem, 68 anos, casado com uma mulher, cobrador de ônibus. É hipertenso e toma anlodipino 10mg 12/12horas. Não é tabagista; nem consome álcool. Vem à consulta com seu médico de família.

Médico de Família (MF): - Como posso ajudar, sr. S.?

Paciente (P): - Estou com uma tosse... Não passa com nada! Olha, já tratei pneumonia, já "tratei esse corona" (mostra dois resultados de RT-PCR realizados há 30 e 10 dias, ambos negativos) mas não melhora...

MF: - Há quanto tempo está com tosse?

P: - Um tempinho, uns meses, eu acho... é, uns dois meses.

MF: - A tosse vem com catarro?

P: - De vez em quando. É branco, que nem muco. Só uma vez veio com sangue.

MF: - Teve febre?

P: - Acho que tive, lá no começo. Mas depois que tratei a pneumonia com isso (mostra prescrição de levofloxacino 500mg por dia por 7 dias), não tive mais.

MF: - Perdeu peso?

P: - Perdi, doutor. Acho que deu uns três quilos, nesse tempo.

MF: - Está comendo menos?

P: - Pois é, não dá fome com esse monte de remédio.

MF: - Mais alguém tosse em casa?

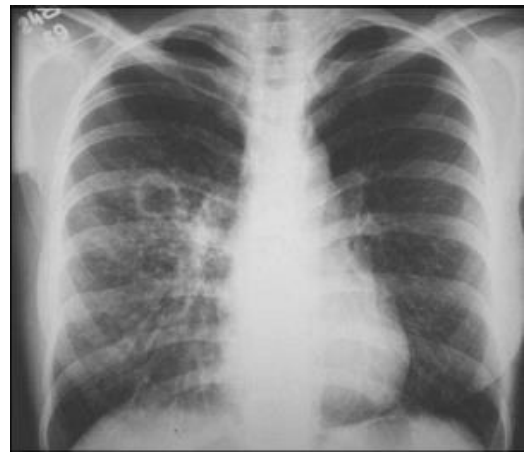
P: - Não, só eu. Acho que a esposa está bem.

MF: - Posso examiná-lo. Pode, ôxe!

Ao exame, o médico observa-o emagrecido, algo descorado. Há diminuição de murmúrio vesicular (MV) à direita e sopro tubário em terço médio direito, com frequência respiratória de 22 (vinte e duas) incursões por minuto e oximetria digital de 97% (noventa e sete por cento) em ar ambiente. Frequência cardíaca de 90 (noventa) por minuto. Abdome: fígado indolor, palpável a 4 (quatro) cm do rebordo costal direito. Murphy negativo. Descompressão brusca negativa. Sem outros achados quaisquer.

MF: - Eu vou solicitar um raio-x dos pulmões e preciso que o senhor traga-o hoje para mim.

O paciente retorna em poucas horas, com a seguinte imagem:



QUESTÃO 37:

Cite a principal hipótese diagnóstica e 2 (dois) diagnósticos diferenciais para a situação.

Principal hipótese: tuberculose pulmonar; possíveis diferenciais: neoplasias, metástase pulmonar, outras micobacterioses, histoplasmose, paracoccidioidomicose, histoplasmoma, aspergiloma, pneumonia bacteriana, abscesso pulmonar, seqüela de/ pneumonia necrotizante; sarcoidose.

QUESTÃO 38:

Descreva os achados da imagem.

Imagem cavitária de paredes espessadas no lobo superior direito, com nodulações acinares ipsilaterais (aceita-se peri-hilares).

QUESTÃO 39:

Quais medidas devem ser tomadas em relação à esposa do paciente?

Ela deve ser avaliada. Se assintomática, como o paciente refere, deve realizar prova tuberculínica e/ou radiografia de tórax e tratamento para infecção latente por tuberculose, caso necessário. Em se percebendo sintomas, deve realizar teste de escarro, radiografia de tórax e outros exames de acordo com os sintomas.

QUESTÃO 40:

Utilizando a metodologia SOAP de registro de informações médicas, transcreva a consulta acima. Ao descrever o exame físico, cite apenas: "exame físico", não sendo necessário copiar as informações. Ao mencionar o tratamento, não é necessário descrever doses.

S: Tosse há dois meses, com expectoração branca ocasional e sangue em um episódio; febre referida que cessou após tratamento com levofloxacino; perda de peso (3kg no período); inapetência. Cobrador, casado, mora com a esposa, sem sintomas segundo o paciente. Hipertenso em tratamento.

O: Exame físico. RT-PCR para covid-19: duas amostras negativas, de há 30 e 10 dias. Medicamentos: anlodipino 10mg 12/12h

- A: 1) tosse de longa data;
2) febre referida;
3) perda de peso;
4) inapetência;
5) sopro anfórico em terço médio à direita;
6) hipertensão arterial sistêmica em tratamento.

P: 1) radiografia de tórax em urgência. Retornar com exame, hoje.