



OMED 2023

Segunda Fase - Individual



ALBERT EINSTEIN
INSTITUTO ISRAELITA DE
ENSINO E PESQUISA

CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
ABRAM SZAJMAN

GABARITO DEFINITIVO - CICLO CLÍNICO

1. O Gabarito provisório fornece as respostas esperadas para cada uma das questões da 2ª Fase da III OMED;
2. As respostas possuem todos os atributos esperados para a pontuação completa em cada questão. Respostas incompletas, caso corretas, receberão notas parciais a partir de atributos inclusos ou não;
3. Respostas com componentes adicionais em relação ao esperado não serão penalizadas ou privilegiadas;
4. Recursos serão aceitos, pelo email faq.omed@gmail.com, até dia 18/10/2023 às 23:59, com a apuração e resposta até dia 23/10/2023;
5. Após o prazo estabelecido acima, nenhuma alteração será feita ao gabarito final;
6. Resultado dos candidatos será disponibilizado pelo site www.omed.online no mês de Janeiro de 2024, assim como a divulgação dos premiados;

QUESTÃO 1

- a) Manobra de Sistrunk: protrusão da língua, gerando movimentação vertical do nódulo.
- b) Cisto do ducto tireoglosso/ fechamento inadequado do ducto tireoglosso.
- c) A paciente apresenta um fechamento inadequado do ducto tireoglosso desde o seu nascimento, entretanto, o cisto se manifestou como um sintoma dessa condição congênita. O cisto é formado por processos inflamatórios e infecciosos, como infecções de vias aéreas superiores, sobretudo as bacterianas. Nesse contexto, devido ao fechamento inadequado do ducto, as bactérias começam a se proliferar dentro do ducto, inflamando-o e fazendo com que as suas paredes produzam secreção.
- d) A doença deriva da permanência do ducto tireoglosso, trajeto tecidual de migração da tireóide, que origina-se de um divertículo endodérmico da região da base da língua (forame cego). A permanência desse canal é mais frequente na altura do osso hióide e é composto por tecido epitelioglandular.
- e) Antibióticoterapia para controle agudo e Cirurgia de Sistrunk para evitar remissão. Tal cirurgia baseia-se na ressecção de todo o curso do ducto tireoglosso, do forame cego ao lobo piramidal da tireóide, incluindo ressecção de parte medial do osso hióide.



QUESTÃO 2

- a) JHS não poderá receber a vacina do Rotavírus, pois a idade máxima para a 1ª dose é de 3 meses e 15 dias.
- b) As 4 vacinas que deverão ser aplicadas em J.H.S para atualizar seu calendário vacinal são: 1ª dose VIP (Poliomielite 1, 2 e 3), Penta (DTP, HiB e HB), Pneumocócica 10 e Meningocócica C.
- c) São marcos do desenvolvimento aos 6 meses de idade: Alcança um brinquedo, leva objetos à boca, localiza o som, rola, lalação, agarra objetos, senta com apoio.
- d) JHS deve iniciar a suplementação de ferro. Ministério da Saúde: Iniciar Fe no momento da introdução alimentar; Sociedade Brasileira de Pediatria: Recém-nascidos a termo, peso adequado para a idade gestacional, em aleitamento materno exclusivo até o 6º mês devem iniciar aos 180 dias de vida. Também iniciar vitaminas A+D.

QUESTÃO 3

- a) Observa-se ausência de onda P, QRS estreito com intercalo RR irregular, onda T discordante ao complexo QRS e linha de base "trêmula", indicando fibrilação atrial.
- b) O exame que poderia alertar o médico sobre a grande possibilidade de ocorrer dano após a cardioversão em um paciente com arritmia é chamado de ecocardiograma transesofágico (ETE).
- c) Cardioversão Elétrica é feita no contexto de arritmias com pulso enquanto a desfibrilação é aplicada em situações de parada cardíaca, em arritmias sem pulso palpável. Na parada, os ritmos chocáveis são Fibrilação Ventricular e Taquicardia Ventricular sem Pulso e os não chocáveis são Assistolia e Atividade Elétrica Sem Pulso.
- d) Disartria, pois a dificuldade de fala do paciente é de origem motora, condizente com a hemiparesia completa à esquerda. indicativa de AVCi acometendo a região pré-central.



QUESTÃO 4

- a) O eletrocardiograma mostra um ritmo sinusal, com desvio do eixo para a direita, indicando uma sobrecarga ventricular direita, provavelmente de pressão.
- b) O fenômeno é o Cor Pulmonale agudo. Considerando o caso, em que o paciente está no pós-operatório de uma cirurgia extensa, frequência cardíaca > 100 , hemoptise e D-dímero positivo, é provável que o paciente esteja sofrendo um Tromboembolismo Pulmonar. Com a obstrução de parte da via arterial pulmonar, a pós-carga do ventrículo esquerdo aumenta muito, levando-o a sobrecarga e estase sanguínea retrógrada.
- c) No TEP haverá um aumento da pós carga do ventrículo direito e um menor fluxo de sangue até o ventrículo esquerdo. Dessa forma, haverá, por um lado uma dilatação das câmaras direitas, comprimindo o ventrículo esquerdo e reduzindo o débito cardíaco. A redução do débito cardíaco gera uma redução da pressão arterial.
- d) O paciente apresenta um TEP maciço e instabilidade hemodinâmica. Nesse contexto, deve-se realizar a monitorização, acesso venoso e suporte respiratório, iniciar reposição volêmica e administração de vasopressores (noradrenalina, de preferência). Ademais, uma vez que a cirurgia extensa recente é uma contraindicação absoluta para o tratamento anticoagulante e trombolítico, o paciente deve realizar embolectomia de urgência, seja por cirurgia ou cateter.

QUESTÃO 5

- a) Abertura ocular: Nenhuma (01 ponto); Resposta verbal: Nenhuma (01 ponto); Resposta motora: Extensão anormal (02 pontos). Portanto a pontuação na Escala de coma Glasgow do paciente é de 04 pontos, e assim o TCE é classificado como grave. Se usássemos a escala modificada a pontuação seria de 03.
- b) TCE grave.
- c) Lesão axonal difusa.
- d) O manitol é um diurético osmótico utilizado em alguns casos de Traumatismo Cranioencefálico. Ele atua aumentando a concentração de solutos no sangue, o que leva a uma osmolaridade mais elevada. Isso resulta na extração de água do cérebro, reduzindo o volume intracraniano e assim reduzindo a Pressão intracraniana (PIC). Essa intervenção pode ser crucial para proteger o cérebro contra danos adicionais após um TCE.



QUESTÃO 6

- a) IG (14/10) = 12 + 1/7 semanas; DPP = 28/04/2024
Fatores de risco DHEG: obesidade, primipaternidade, Hipertensão arterial crônica, idade materna avançada e prematuridade prévia.
Paciente em uso de IECA.
- b) A pré-eclâmpsia é caracterizada por pressão arterial elevada e presença de proteína na urina (ou lesão de órgão alvo) após a 20ª semana de gestação, enquanto a hipertensão gestacional envolve apenas a elevação da pressão arterial nesse período. O diagnóstico atual é Hipertensão Arterial Crônica.
- c) Substituir o IECA por metildopa, nifedipina ou anlodipino E prescrever AAS para prevenção de pré-eclâmpsia (histórico da paciente)
- d) Exames de rotina hipertensiva: Hemograma, DHL, Creatinina, TGO, TGP, Bilirrubina total e frações, fundo de olho. O diagnóstico atual (22 semanas): DHEG ajuntada; Pré-eclâmpsia superajuntada (ajuntada), (HAC + pré-eclâmpsia).
- e) Sinal do exame físico neurológico: hiperreflexia patelar; O diagnóstico atual (33 semanas): pré-eclâmpsia superajuntada grave com iminência de eclâmpsia; Hipotensor de escolha: Hidralazina 5g IV ou Nifedipina (segunda escolha).
- f) Diagnóstico: Eclâmpsia
Monitorização, Oxigênio, Acesso venoso. Sulfato de magnésio. Lembrar do antídoto do sulfato, gluconato de cálcio

QUESTÃO 7

- a) A paciente possui: Obesidade Grau 2; Hipertensão estágio II; Hipertrigliceridemia isolada.
- b) As estatinas são inibidores competitivos da hidroximetilglutaril (HMG) CoA redutase, reduzindo a síntese intrahepática de colesterol e acarretando na maior captação de LDL sanguíneo pelos hepatócitos. Seu principal efeito colateral são sintomas musculares, como mialgia, cruciais nesse caso, em que, pelo diagnóstico de obesidade e pela idade, seria importante a instrução de atividade física aeróbica de fortalecimento.
- c) A Hidroclorotiazida é um diurético tiazídico, agindo na inibição do transportador NCC no túbulo convoluto distal, que carrega sódio e cloro para o intracelular, responsável pela reabsorção de cerca de 5% do sódio filtrado. Os distúrbios são: Hiponatremia, por menor reabsorção de sódio no túbulo convoluto distal; Hipocalemia, por maior funcionamento dos canais ENaC no ducto convoluto distal e Hipercalcemia pelo aumento do fluxo paracelular e reabsorção de cálcio no túbulo proximal.
- d) Serão aceitas diferenças envolvendo: Distância percorrida pelos pacientes; fator de melhora e piora; teste da bicicleta; pulsos periféricos; fraqueza; dor lombar; atrofia muscular; localização da dor e irradiação; tempo de melhora;



QUESTÃO 8

- a) Primeiramente, na curva fluxo-volume observam-se ciclos contínuos, sugerindo ausência de interrupções. Ainda nesse gráfico, destaca-se uma reta de inspiração forçada praticamente vertical, sem interrupções, com formação de um pico. E expiração forçada com fluxo estável. Por fim, o gráfico volume-tempo forma um platô, indicando que o exame realmente foi realizado corretamente.
- b) Distúrbio obstrutivo. Indicativos disso são: concavidade na curva expiratória; FEV1/FVC-pré menor do que 70% e SVC expressivamente maior do que a FVC.
- c) Resposta negativa, pois não houve aumento de 200 ml E 7% do previsto da FEV1 OU aumento de 12% do VEf1 pré-dilatador OU normalização da FEV1, ficando acima de 80%.
- d) Considerando a "GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE 2023", o tratamento da categoria DPOC grupo B deve seguir duas linhas: não medicamentoso, com cessação do tabagismo e exercício físico para reabilitação pulmonar; tratamento farmacológico indicado é o uso de LABA + LAMA, de preferência em administração conjunta.

QUESTÃO 9

CASO 1: Adenoma Hepático, pois existe uso crônico de anticoncepcional oral e imagem com contrastação negativa. É uma doença benigna com possibilidade de malignização. Fatores de risco para malignização são sexo masculino, tamanho da lesão >5 cm e subtipo de ativação de beta-catenina. A conduta depende do tamanho e sintomatologia, podendo indicar cresseccção cirúrgica.

CASO 2: Hemangioma, devido a imagem característica de nodulações periféricas com washout em fases mais avançadas da tomografia. É uma doença benigna, sem risco de malignização. A transformação maligna não foi relatada em hemangiomas hepáticos. Por esses motivos, a maioria dos hemangiomas hepáticos pode ser deixada de forma segura sem intervenção.

CASO 3: Hiperplasia Nodular Focal, caracterizado pela imagem de nódulo com cicatriz central; É uma doença benigna sem risco de malignização. Conduta expectante, com cirurgia apenas em casos sintomáticos.

CASO 4: Provável hepatocarcinoma, devido ao fator de risco hemocromatose e fígado cirrótico com lesão hipervasculatura em tomografia. É uma doença maligna. A conduta deve ser estadiamento e avaliação de possível ressecção cirúrgica da lesão.



QUESTÃO 10

a) Serão aceitas diferenças no processo patológico, articulações comumente afetadas, simetria do acometimento, persistência da rigidez, inchaço articular, envolvimento extra-articular e elevação de marcadores autoimunes.

b) $S = 640/800 = 80\%$; $E = 120/200 = 60\%$; VPP: $640/720 = 88,89\%$; VPN: $120/280 = 42,85\%$

		AR		
		PRESENTE	AUSENTE	
PAR	POSITIVO	640	80	720
	NEGATIVO	160	120	280
	TOTAL	800	200	1000

c) O teste PAR possui melhores VPP (82,27%) e VPN (23,80%) do que o teste FR, assim sendo, é melhor.

		AR		
		PRESENTE	AUSENTE	
FR	POSITIVO	480	100	580
	NEGATIVO	320	100	420
	TOTAL	800	200	1000

d) Razão de Verossimilhança Positiva: razão entre a probabilidade de um teste ser positivo, dado que existe a doença, e a probabilidade de um teste ser positivo, dado que não existe a doença. Sensibilidade dividida por falso positivo.

i) $RVP\ PAR \rightarrow 640/800 / (80/(120+80)) = (0,8)/(0,4) = 2$

ii) $RVP\ FR \rightarrow 480/800 / (100/(100+100)) = 1,2$

Portanto, pelo critério de verossimilhança positiva, o teste PAR é melhor que o FR.