

# PROCEDIMENTO CONCURSAL DE INGRESSO NO IM 2018

## PROVA NACIONAL DE SERIAÇÃO

### JÚRI DE RECURSO – ÁREA HEMATOLOGIA

VERSÃO	BRANCA (A1)	AZUL (A2)	AMARELA (A3)
QUESTÃO Nº	62	82	
TEOR DA RECLAMAÇÃO	Os candidatos consideram que a alínea onde se refere que “deve ser excluída antes que grandes doses de ácido fólico sejam administradas” também deve ser considerada correcta porque numa situação de anemia megaloblástica é possível tratar o paciente com grandes doses de B9???, sendo que os efeitos secundários só vêm com tratamento bastante prolongado para além de não serem dramáticos.		
ANÁLISE	O argumento não tem qualquer fundamentação científica. Na pag. 648 é mencionado textualmente que antes de ser administrado grandes doses de ácido fólico deve ser excluída a deficiência de cobalamina e se presente, corrigida.		
DELIBERAÇÃO	<b>INDEFERIMENTO.</b> No livro de texto recomendado é claro no capítulo 128 que deve ser sempre excluída a hipótese de deficiência de cobalamina antes de se administrar grandes doses de ácido fólico.		

VERSÃO	BRANCA (A1)	AZUL (A2)	AMARELA (A3)
QUESTÃO Nº	64	84	44
TEOR DA RECLAMAÇÃO	Alguns candidatos argumentam que a anemia hemolítica autoimune pode ocorrer no lúpus eritematoso sistémico mas não como primeira manifestação e outro considera que a alínea onde faz referência ao teste de antiglobulinas de <i>Coombs</i> está incompleta dado que não refere se se trata do <i>Coombs</i> direto ou indireto.		
ANÁLISE	De facto na pag. 658 é mencionado que o teste diagnóstico de anemia hemolítica autoimune é o teste de antiglobulina direto mas na alínea é feita referência ao <i>Coombs</i> que subentende as duas formas direta e indireta. Quanto ao lúpus eritematoso sistémico é referido no Capítulo 129 que a <i>AHA</i> pode surgir de forma isolada (designada idiopática) e como parte das doenças autoimunes sistémicas tais como o lúpus eritematoso sistémico podendo ser uma das manifestações iniciais da mesma.		
DELIBERAÇÃO	<b>INDIFERIMENTO.</b> A anemia hemolítica autoimune pode ser uma manifestação inicial do lúpus eritematoso sistémico como é descrito no Capítulo 129 e ainda mencionar apenas o teste de antiglobulinas de <i>Coombs</i> devemos considerar o direto e o indireto como possíveis.		

<b>VERSÃO</b>	<b>BRANCA (A1)</b>	<b>AZUL (A2)</b>	<b>AMARELA (A3)</b>
QUESTÃO Nº	66	86	46
TEOR DA RECLAMAÇÃO	<p>Alguns candidatos consideram que o capítulo 126 apresenta informação contraditória acerca dos parâmetros da cinética mencionados e que por este motivo a pergunta deverá ser anulada. Outros consideram que a opção, anemia ferropénica também deverá ser considerada correcta e argumentam que não sendo fornecido o sexo do doente em causa, a pergunta torna-se de resposta dúbio. Outros ainda consideram que a informação disponibilizada no enunciado é insuficiente para que se possa inferir inequivocamente qual dos tipos de anemia, isto é, anemia da doença renal crónica ou anemia por inflamação crónica, é mais provável.</p>		
ANÁLISE	<p>No capítulo 126 na tabela 126-6 é mencionado que a anemia da doença renal crónica apresenta valores normais de ferro sérico, capacidade total de fixação do ferro e ferritina de 115-150 e não baixa como mencionado na pergunta. Na mesma tabela 126-6 é também mencionado que na anemia ferropénica, o ferro sérico é &lt; 30 µg/dL, mais baixo que o enunciado, a capacidade total de fixação do ferro é &gt; 360 µg/dL e não baixa como no enunciado e a ferritina sérica é &lt; 15 µg/L isto é muito baixa.</p> <p>Ainda na tabela 126-6 está mencionado que a anemia por inflamação crónica apresenta volume globular médio 80-90 fl, o ferro sérico é &lt; 50 µg/dL, a capacidade de fixação do ferro é &lt; 300 µg/dL e a ferritina sérica é 30-200 µg/L, isto é, valores compatíveis com o caso descrito na pergunta equacionada.</p>		
DELIBERAÇÃO	<p><b>INDIFERIMENTO.</b> Como se demonstra através e descrito de forma clara na tabela 126-6 do capítulo 126, apenas a anemia por inflamação crónica é a única opção que encaixa nos valores apresentados na pergunta e portanto não há fundamentação científica para anular a pergunta.</p>		

<b>VERSÃO</b>	<b>BRANCA (A1)</b>	<b>AZUL (A2)</b>	<b>AMARELA (A3)</b>
QUESTÃO Nº	68	88	48
TEOR DA RECLAMAÇÃO	<p>Os candidatos consideram que a opção: "Hemorragias gastrointestinais, pulmonares ou intracranianas são frequentes" poderá ser igualmente considerada falsa e argumentam que na bibliografia recomendada, é referido que a hemorragia gastrointestinal significativa, hemorragia pulmonar, ou hemorragia intracraniana ocorre mais frequentemente na Leucemia Promielocítica Aguda (LPA) do que na Leucemia Mielóide Aguda, e não necessariamente que seja "frequente" na LPA e da forma como está exposto na alínea em questão.</p>		
ANÁLISE	<p>No capítulo 132 na pag. 681 é mencionado de forma clara que a hemorragia é frequente ao diagnóstico na Leucemia Promielocítica Aguda (LPA) e a hemorragia gastrointestinal, a hemorragia pulmonar ou hemorragia intracraniana ocorre muito frequentemente na LPA.</p>		

<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>INDIFERIMENTO.</b> A reclamação não tem razão de ser dado que o livro de texto é claro.
--------------------	--

<b>VERSÃO</b>	<b>BRANCA (A1)</b>	<b>AZUL (A2)</b>	<b>AMARELA (A3)</b>
<b>QUESTÃO Nº</b>	70	90	50
<b>TEOR DA RECLAMAÇÃO</b>	Os candidatos consideram a opção “a presença de cromossoma Filadélfia” também falsa e argumentam que na pág. 690 da bibliografia recomendada os critérios de fase acelerada da leucemia mieloide crónica integra entre outros a evolução clonal citogenética, isto é, a presença de anomalias cromossómicas adicionais para além do cromossoma de Filadélfia.		
<b>ANÁLISE</b>	De facto, no capítulo 133 na pág. 690 é descrito que na fase de aceleração da leucemia mielóide crónica podem surgir anomalias cromossómicas adicionais para além do cromossoma de Filadélfia. No entanto, se as anomalias podem ou não surgir nesta fase, o cromossoma de Filadélfia está sempre presente.		
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>INDIFERIMENTO.</b> Pelo exposto acima, a reclamação não tem razão de ser.		

<b>VERSÃO</b>	<b>BRANCA (A1)</b>	<b>AZUL (A2)</b>	<b>AMARELA (A3)</b>
<b>QUESTÃO Nº</b>	71	91	
<b>TEOR DA RECLAMAÇÃO</b>	Os candidatos consideram também falsa a opção “O transplante medular alogénico já não se encontra indicado como terapêutica de primeira linha na ausência de fase blástica ou acelerada da doença” e argumentam que é referido no capítulo 133 na secção referente às considerações globais que os custos elevados da terapêutica com os inibidores da tirosina quinase colocam algumas considerações adicionais. O primeiro são as guidelines em algumas nações onde o acesso aos novos fármacos não estão disponíveis e nestas condições alguns países advogam o transplante como terapêutica de 1ª linha apesar da morbilidade e mortalidade associada com o procedimento.		
<b>ANÁLISE</b>	Embora esta realidade seja considerada nalguns países por questões económicas e não com fundamentação científica, a primeira opção terapêutica na leucemia mielóide crónica são os inibidores da tirosina quinase (TKIs) como mencionado na pág. 693. Uma questão importante é o “timing” e a sequência óptima dos TKIs e o transplante alogénico ( se o transplante alogénico deverá ser utilizado como 2ª ou 3ª linha de terapêutica).		
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>INDIFERIMENTO.</b> Se de facto alguns países possam utilizar o transplante alogénico como terapêutica de primeira linha na leucemia mielóide crónica (LMC) por razões económicas e não com fundamentação científica, actualmente a terapêutica de primeira linha na LMC são os TKIs como descrito de forma clara no livro de texto.		

<b>VERSÃO</b>	<b>BRANCA (A1)</b>	<b>AZUL (A2)</b>	<b>AMARELA (A3)</b>
<b>QUESTÃO Nº</b>	79	99	59
<b>TEOR DA RECLAMAÇÃO</b>	Os candidatos consideram que a opção “um nível de factor XI inferior a 10% do valor normal associa-se a um elevado risco de hemorragia” também deve ser considerada falsa e argumentam que no capítulo 141 na pág. 736 pode ler-se que os doentes com níveis de FXI <10% do normal tem um risco elevado de hemorragia, mas o fenótipo nem sempre se correlaciona com a actividade de coagulação do FXI residual. E uma vez que os níveis residuais de FXI, embora quando inferiores a 10% se associem a risco hemorrágico, nem sempre se correlacionam com a actividade do factor XI.		
<b>ANÁLISE</b>	De facto, o fenótipo nem sempre se correlaciona com a actividade de coagulação do FXI residual mas no capítulo 141 é mencionado textualmente na pág. 736 que os doentes com níveis <10% do normal de FXI têm um risco elevado de hemorragia.		
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>INDIFERIMENTO.</b> Embora o fenótipo nem sempre se correlaciona com a actividade de coagulação do FXI, é descrito no capítulo 141 que os doentes com níveis <10% do normal de FXI têm um risco elevado de hemorragia pelo que a reclamação não tem razão de ser.		

<b>VERSÃO</b>	<b>BRANCA (A1)</b>	<b>AZUL (A2)</b>	<b>AMARELA (A3)</b>
<b>QUESTÃO Nº</b>	80	100	60
<b>TEOR DA RECLAMAÇÃO</b>	Os candidatos consideram que a opção “prolongamento do tempo parcial da protrombina activado (aPTT)” deve ser anulada uma vez que aPTT significa tempo de tromboplastina parcial activada e não tempo de protrombina como mencionado na pergunta.		
<b>ANÁLISE</b>	No capítulo 141 na figura 141-1 está mencionado na legenda a cascata da coagulação e avaliação laboratorial dos factores da coagulação onde se menciona o tempo parcial de protrombina activado (aPTT).		
<b>DELIBERAÇÃO</b>	<b>INDIFERIMENTO.</b> A reclamação não tem razão de ser.		