

**CONCURSO PÚBLICO DE PROVAS E TÍTULOS PARA O CARGO EFETIVO DE PROFESSOR DA  
CARREIRA DE MAGISTÉRIO SUPERIOR**

**EDITAL Nº 04/2016 – PROGRAD**

**PROVA ESCRITA**

**INFECTOLOGIA**

**Área de concurso:** \_\_\_\_\_

**Número de Identificação do (a) Candidato (a):** \_\_\_\_\_

## **Orientações Gerais**

1. A prova escrita tem **caráter eliminatório e classificatório**;
2. A prova escrita **está sendo realizada simultaneamente** por todos os candidatos;
3. O horário de realização da prova escrita é das **8h às 12h** (horário oficial do Acre);
4. O **candidato deverá permanecer obrigatoriamente** na sala de realização da prova escrita por, **no mínimo, uma hora** após o seu início;
5. Quando autorizado pelo Fiscal de Sala o candidato deverá preencher a área de concurso e o número de identificação do candidato na folha de rosto do caderno de resposta definitivo;
6. Será **anulada a prova que contiver assinatura**, rubrica, qualquer palavra ou marca que identifique o candidato, exceto o número de identificação fornecido pela Comissão Geral de Concurso no local indicado;
7. Nenhuma folha desta prova ou do rascunho poderá ser destacada, sob pena de desclassificação do candidato;
8. Utilize a (s) **folha (s) definitiva (s) de resposta** para responder a (s) questão (s) formuladas;
9. A prova escrita será feita pelo próprio candidato, à mão, em letra legível, com **caneta esferográfica de tinta de cor azul ou preta, fabricada em material transparente, em espaço destinado para tanto**;
10. As **anotações que estiverem em desconformidade** com este Edital ou com as instruções da prova escrita serão consideradas indevidas e não serão consideradas para efeito de correção;
11. O candidato **não deverá amassar, molhar, dobrar, rasgar, manchar** ou, de qualquer modo, **danificar a sua prova escrita**, sob pena de impossibilitar a leitura por parte dos membros da banca examinadora;
12. **Em hipótese alguma haverá substituição** da prova escrita por erro do candidato;
13. Não serão distribuídas folhas suplementares para transcrição das respostas definitivas ou para rascunho.
14. **Não serão permitidas consultas e a utilização de qualquer equipamento eletrônico, durante a realização da prova escrita**, exceto aquelas solicitadas pela banca examinadora e autorizadas pela Comissão Geral de Concurso, em edital específico, no endereço eletrônico <www.ufac.br>.
15. Será desclassificado o candidato que, durante a realização da prova escrita, for surpreendido portando, em local diverso do indicado pelos fiscais, equipamento eletrônico e/ou material de uso não autorizado, ainda que desligado.
16. De igual forma, será desclassificado o candidato cujo equipamento eletrônico e/ou material de uso não autorizado emitir qualquer tipo de ruído, alerta ou vibração, ainda que o mesmo esteja no local indicado pelos fiscais.
17. Após o término de sua prova, o candidato deverá entregar a (s) folha (a) definitiva (a) de resposta e as folhas de rascunho ao fiscal de sala.
18. O candidato que **entregar a prova não poderá retornar** ao local de sua realização em hipótese alguma;
19. Os **três últimos candidatos deverão permanecer na sala de prova** e somente poderão sair juntos do recinto, após acompanhar o lacre dos envelopes e apor em Ata suas respectivas assinaturas;
20. Os resultados da prova escrita serão publicados pela Comissão Geral de Concurso, no **dia 31 de maio de 2016**, em edital de resultado preliminar, juntamente com as chaves de correção das provas;

1. Cite as drogas usadas no tratamento da tuberculose nas diferentes situações abaixo
  - a) Gestante no primeiro trimestre gestacional com tuberculose pulmonar bacilífera (**VALE 0,25 PONTOS**)  
**RIFAMPICINA + ISONIAZIDA + PIRAZINAMIDA + ETAMBUTOL + PIRIDOXINA**
  - b) Meningite tuberculosa em paciente com AIDS, CD4 56 células/mm<sup>3</sup> de sangue (**VALE 0,25 PONTOS**)  
**RIFAMPICINA + ISONIAZIDA + PIRAZINAMIDA + ETAMBUTOL + PREDNISONA**
  - c) Criança de 7 anos de idade com tuberculose ganglionar (**VALE 0,25 PONTOS**)  
**RIFAMPICINA + ISONIAZIDA + PIRAZINAMIDA**
  - d) Portador de cirrose hepática, child B, com TB pulmonar bacilífera (**VALE 0,25 PONTOS**)  
**ESTREPTOMICINA + ETAMBUTOL + OFLOXACINA (OU LEVOFLOXACINA)**

2. Quais os achados clínicos e/ou laboratoriais que indicam que se trata de uma malária grave ou complicada? (**VALE 1,0 PONTO**).

**ANEMIA GRAVE**  
**ICTERÍCIA GRAVE**  
**INSUFICIÊNCIA RENAL**  
**EDEMA AGUDO DE PULMÃO**  
**DISTÚRBIOS HEMORRÁGICOS**  
**MALÁRIA CEREBRAL (ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA)**  
**CHOQUE MALÁRICO (MALÁRIA ÁLGIDA)**  
**HIPOGLICEMIA**  
**HIPERPARASITEMIA**  
**DISPNEIA**  
**CONVULSÕES**  
**HEMOGLOBINURIA**  
**HIPERPIREXIA > 41° C**  
**PROSTRAÇÃO**  
**ACIDOSE METABOLICA**  
**HIPERLACTATEMIA**

3. Disserte sobre o tratamento da leishmaniose tegumentar americana (forma cutânea, mucosa e difusa), descrevendo doses, duração de tratamento e os principais efeitos adversos das drogas empregadas (**VALE 1,0 PONTO**).

O tratamento da LTA forma cutânea deverá ser feito preferencialmente com antimonial pentavalente (glucantime) na dose 10 a 20mg/Kg/dia (normalmente 15mg/Kg/dia) por 20 dias por via endovenosa ou intramuscular. Como drogas de segunda escolha temos a Anfotericina B (dose total de 1,0 a 1,5g, sendo no máximo 50mg/dia) e a pentamidina (no máximo 2g, em aplicações em dias alternados, intramuscular ou endovenosa).

Nos casos de LTA forma difusa a dose do glucantime deverá ser 20mg/Kg/dia por 20 dias

Nos casos de LTA forma mucosa a dose do glucantime deverá ser de 20mg/Kg/dia por 30 dias. Podendo ser administrada a Anfotericina B (2,5 a 3 g dose total) ou pentamidina (4mg/Kg/dia)

como drogas de segunda escolha. Portadores de HIV com LTA FORMA MUCOSA, a droga de primeira escolha é a Anfotericina B.

Podem ocorrer um ou mais efeitos adversos, na seguinte ordem de frequência: artralgia, mialgia, anorexia, náuseas, vômitos, plenitude gástrica, epigastralgia, pirose, dor abdominal, pancreatite, prurido, febre, fraqueza, cefaleia, tontura, palpitação, insônia, nervosismo, choque pirogênico, edema e insuficiência renal aguda. Essas queixas são geralmente discretas ou moderadas e raramente exigem a suspensão do tratamento. Porém, na dose de 20mg Sb+5/kg/dia, o antimonial pode atingir seu limiar de toxicidade, levando a alterações cardíacas, pancreáticas ou renais que obriguem a suspensão do tratamento.

O principal efeito adverso do Sb+5 é decorrente de sua ação sobre o aparelho cardiovascular. Este efeito é dose e tempo-dependente, traduzindo-se por distúrbio de repolarização (inversão e achatamento da onda T e aumento do espaço QT). Deve-se realizar eletrocardiograma semanal e uma cuidadosa ausculta cardíaca diária, até o término da medicação, sempre antes de cada infusão, com o objetivo de detectar arritmias. Caso isso ocorra, o paciente deve ser avaliado criteriosamente e, se necessário, o medicamento deverá ser suspenso e indicada uma droga de segunda escolha.

#### Os efeitos adversos da Anfotericina B

Os mais frequentes são: febre, náuseas, vômitos, hipopotassemia e flebite no local da infusão, que podem ser atenuados ou evitados usando-se respectivamente antitérmicos, antieméticos, reposição de potássio e hidrocortisona 50 a 100mg acrescentados ao soro. Outros efeitos adversos importantes são: anorexia, insuficiência renal, anemia, leucopenia e alterações cardíacas.

#### Efeitos adversos da Pentamidina

As reações adversas mais frequentes são: dor, induração e abscessos estéreis no local da aplicação, além de náuseas, vômitos, tontura, adinamia, mialgias, cefaleia, hipotensão, lipotímias, síncope, hipoglicemia e hiperglicemia. O *diabetes mellitus* pode se manifestar a partir da administração da dose total de 1g. O efeito diabetogênico parece ser cumulativo e dose dependente.

#### 4. Comente sobre o estadiamento e o manejo dos casos suspeitos de dengue (VALE 1,0 PONTO)

Um caso suspeito de dengue é aquela pessoa que apresente doença febril aguda com duração máxima de 7 dias e que possua dois ou mais dos sintomas inespecíficos (cefaleia, dor retro-orbitária, mialgia, artralgia, prostração ou exantema), associados ou não a presença de sangramentos ou hemorragias, com história epidemiológica positiva, tendo estado nos últimos 15 dias em área com transmissão de dengue ou que tenha a presença do *Aedes aegypti*.

Os casos suspeitos de dengue deverão ser estadiados para que possamos indicar o manejo adequado.

#### GRUPO A

a) Febre por até sete dias, acompanhada de pelo menos dois sinais e sintomas inespecíficos (cefaleia, prostração, dor retro-orbitária, exantema, mialgias e artralgias), e história epidemiológica compatível; lembrar que, nos lactentes, alguma irritabilidade e choro persistente podem ser a expressão de sintomas como cefaleia e algias.

b) **Ausência de sinais de alarme.**

- c) Prova do laço negativo e ausência de manifestações hemorrágicas espontâneas.
- d) Sem comorbidades, grupo de risco ou condições clínicas especiais.

#### Manejo GRUPO A

- Medicamentos sintomáticos
- Acompanhamento ambulatorial
- Hidratação oral: 80ml/Kg/dia (1/3 de solução salina e 2/3 de líquidos caseiros)

#### GRUPO B

- a) Febre por até sete dias, acompanhada de pelo menos dois sinais e sintomas inespecíficos (cefaleia, prostração, dor retroorbitária, exantema, mialgias, artralgias) e história epidemiológica compatível.
- b) Ausência de sinais de alarme.**
- c) Com sangramento de pele espontâneo (petéquias) ou induzido (prova do laço +).
- d) Condições clínicas especiais e/ou de risco social ou comorbidades: lactentes (menores de 2 anos), gestantes, adultos com idade acima de 65 anos, com hipertensão arterial ou outras doenças cardiovasculares graves, diabetes *mellitus*, DPOC, doenças hematológicas crônicas (principalmente anemia falciforme e purpuras), doença renal crônica, doença ácido péptica, hepatopatias e doenças auto-imunes.

#### Manejo GRUPO B

- Hemograma obrigatório
- Medicamentos sintomáticos

Acompanhamento: leito de observação até o resultados dos exames, caso o resultado do hemograma for normal, deve ser acompanhado ambulatorialmente. Caso o resultado do hemograma aponte aumento do hematócrito em mais do 10% acima do valor basal ou acima dos valores padronizados pelo Ministério da Saúde: **HIDRATAÇÃO ORAL SUPERVISIONADA**

Adultos: 80 ml/kg/dia, sendo 1/3 do volume administrado em quatro a seis horas e na forma de solução salina isotônica;

» crianças: oferecer soro de reidratação oral (50-100 ml/kg em 4 horas).

Se necessário, hidratação venosa: soro fisiológico ou Ringer Lactato – 40 ml/kg em 4 horas.

Em caso de vômitos e recusa da ingestão do soro oral, recomenda-se a administração da hidratação venosa.

Reavaliação a cada 4 horas. Caso hematócrito fique normal, manejo ambulatorial conforme GRUPO A. Caso aumente o hematócrito ou surgir algum sinal de alarme, manejar como GRUPO C.

#### GRUPO C

- a) Febre por até sete dias, acompanhada de pelo menos dois sinais e sintomas inespecíficos (cefaleia, prostração, dor retro-orbitária, exantema, mialgias, artralgias) e história epidemiológica compatível.
- b) Presença de algum sinal de alarme.**
- c) Manifestações hemorrágicas presentes ou ausentes.

#### Sinais de alarme

- a) dor abdominal intensa e contínua;
- b) vômitos persistentes;
- c) hipotensão postural e/ou lipotímia;
- d) hepatomegalia dolorosa;
- e) sangramento de mucosa ou hemorragias importantes (hematêmese e/ou melena);
- f) sonolência e/ou irritabilidade;

- g) diminuição da diurese;
- h) diminuição repentina da temperatura corpórea ou hipotermia;
- i) aumento repentino do hematócrito;
- j) queda abrupta de plaquetas;
- k) desconforto respiratório.

Esses pacientes devem ser atendidos, inicialmente, em qualquer nível de complexidade, sendo obrigatória a hidratação venosa rápida, inclusive durante eventual transferência para uma unidade de referência

#### Exames

- Hemograma completo.
- Dosagem de albumina sérica e transaminases.
- Exames de imagem recomendados: radiografia de tórax (PA, perfil e incidência de Laurell) e ultrassonografia de abdome. O exame ultrassonográfico é mais sensível para diagnosticar derrames cavitários, quando comparados a radiografia.
- Outros exames conforme necessidade: glicose, ureia, creatinina, eletrólitos, gasometria, TPAE, ecocardiograma.

Acompanhamento: leito de internação por um período mínimo de 48h.

Reposição volêmica:

#### **Adulto**

- Fase de expansão: hidratação IV imediata: 20 ml/kg/h em duas horas, com soro fisiológico ou Ringer Lactato.
- Reavaliação clínica e de hematócrito em 2 horas (após a etapa de hidratação).
- Repetir fase de expansão até três vezes, se não houver melhora do hematócrito ou dos sinais hemodinâmicos
- **Se resposta inadequada após as três fases de expansão = conduzir como Grupo D.**
- Se houver melhora clínica e laboratorial após fases de expansão, iniciar fase de manutenção:

**Primeira fase:** 25 ml/kg em 6 horas

Se melhora:

**Segunda fase:** 25 ml/kg em 8 horas,

sendo 1/3 com soro fisiológico e 2/3 com soro glicosado

#### Medicamentos Sintomáticos

#### GRUPO D

- a) Febre por até sete dias, acompanhada de pelo menos dois sinais e sintomas inespecíficos (cefaleia, prostração, dor retro-orbitária, exantema, mialgias, artralgias) e história epidemiológica compatível.
- b) **Presença de sinais de choque, desconforto respiratório ou disfunção grave de órgãos.**
- c) Manifestações hemorrágicas presentes ou ausentes.

#### **Sinais de choque**

- a) choque;
- b) pressão arterial convergente (PA diferencial  $\leq$  20 mmHg);
- c) extremidades frias, cianose;
- d) pulso rápido e fino;
- e) enchimento capilar lento (> 2 segundos)
- f) hipotensão arterial.

Esses pacientes devem ser atendidos, inicialmente, em qualquer nível de complexidade, sendo obrigatória a hidratação venosa rápida, inclusive durante eventual transferência para uma unidade de referência.

Conduta diagnóstica

Exames inespecíficos: obrigatórios.

- Hemograma completo.
- Dosagem de albumina sérica e transaminases.
- Exames de imagem: radiografia de tórax (PA, perfil e incidência de Laurell) e ultrassonografia de abdome. O exame ultrassonográfico é mais sensível para diagnosticar derrames cavitários, quando comparados a radiografia.
- Outros exames conforme necessidade: glicose, uréia, creatinina, eletrólitos, gasometria, TPAE, ecocardiograma.

Conduta terapêutica

a) Acompanhamento: leito de terapia intensiva.

b) Reposição volêmica (adultos e crianças):

- iniciar imediatamente fase de expansão rápida parenteral, com solução salina isotônica: 20 ml/Kg em até 20 minutos. Se necessário, repetir por até três vezes, de acordo com avaliação clínica.

c) Reavaliação clínica a cada 15-30 minutos e de hematócrito em 2 horas. Repetir fase de expansão até três vezes.

d) Se houver melhora clínica e laboratorial após fases de expansão, retornar para a fase de expansão do Grupo C e seguir a conduta recomendada para o grupo.

e) **Se a resposta for inadequada, avaliar a hemoconcentração:**

- Reavaliação clínica e laboratorial contínua.

**5. Disserte sobre o diagnóstico diferencial do tétano acidental (VALE 1,0 PONTO)**

- Histeria – ausência de ferimentos/portas de entrada. Ausência de espasmos intensos. Quando o paciente se distrai, desaparecem os sintomas;
- Intoxicação pela metoclopramida e por neurolépticos – causam síndrome extrapiramidal, dentro do contexto onde a hipertonia muscular, e o trismo, pode estar presente, associado a outros distúrbio do movimento (p.ex: coreatetose, acatisia, dicinesia). História de exposição a medicação. Ausência de trauma.
- Processos inflamatórios da boca e faringe, acompanhados de trismo – dentre os principais, citam-se: abscesso dentário, periodontite alvéolo-dentária, erupção viciosa do dente do siso, fratura e/ou osteomielite de mandíbula, abscesso amigdaliano e/ou retrofaringeo. Exame físico da cavidade oral traz os achados locais.
- Doença do soro – pode cursar com trismo, que é decorrente da artrite têmporo- mandibular que se instala após uso do soro heterólogo. No contexto de uma artrite reativa a dificuldade do movimento pode simular hipertonia muscular. São característicos: lesões maculopapulares cutâneas, hipertrofia ganglionar, comprometimento renal (nefrite) e outras artrites.
- Intoxicação pela estricnina – há ausência de trismos e de hipertonia generalizada durante os intervalos dos espasmos;
- Meningites – há febre alta desde o início, ausência de trismos, presença dos sinais de meningeos (rigidez, Kerning e Brudzinsky), cefaléia e vômito. Comprometimento do sensorio se encefalite associada.
- Tetania – os espasmos são principalmente nas extremidades, com sinais de Trousseau e Chvostek presentes, hipocalcemia e relaxamento muscular entre os paroxismos;
- Raiva – história de mordedura, arranhadura ou lambadura por animais, convulsão, ausência de trismos, hipersensibilidade cutânea e alterações de comportamento (é uma encefalite);

**6. Disserte sobre a evolução temporal da epidemiologia do HIV no Brasil (VALE 1,0 PONTO)**

- Início da epidemia no início da década de 1980, juntamente com o início nos EUA.
- No início com as mesmas características da epidemia nos EUA: restrito às metrópoles e altamente concentrada em Homo/bissexuais e hemotransfundidos.

- Na segunda metade da década de 1980: UDI ganham papel de estaque, nas regiões onde a prática é comum; observa-se a dispersão para todos os estados; cai a transmissão por hemoderivados a partir dos testes anti-HIV (em 1986)
- A partir dos anos 1990 observa-se a progressiva interiorização da epidemia: expansão da região sudeste para as regiões nordeste, norte e centro-oeste; alcançando municípios de pequeno e médio porte.
- A partir dos anos 2000: epidemia passa a ter dimensão claramente nacional; diminui o crescimento relativo nos grandes centros urbanos e aumenta nos municípios de peq/med porte; diminui a categoria de exposição Homo/Bissexual e aumenta a heterossexual.
- A tendência atual é de aumento na periferia e na baixa escolaridade (pauperização) e entre mulheres (heterossexualização e feminização), com esgotamento dos grupos de risco iniciais e disseminação para a população geral (padrão das DIPs)
- Exemplo da heterossexualização: relação H:M 24:1 em 1985 e 1,7:1 em 2002
- Com a feminização observa-se aumento da transmissão vertical
- Mais recentemente dois novos fenômenos observados: aumento da transmissão entre população mais velha (idosos) com vida sexual “novamente ativa” e entre jovens HSH que não tem praticado sexo seguro

**7. Disserte sobre o acidente elapídico (VALE 1,0 PONTO)**

- Família elapidae compreende os gênero micrurus (conhecidas como corais).
- São os acidentes mais raros no Brasil (menos registrados)
- Serpentes peçonhenta de caracterização distinta das demais: ausência de fosseta loreal, dentes inoculadores fixos. Difícil distinção com as “corais falsas”
- Ação do veneno é neurotóxica anticolinérgica com ação na placa motora.
- Existem dois tipos de ação possível das neurotoxinas (NTX): pré-sináptica e pós-sináptica.
- A ação pós-sináptica existe em todos os venenos elapídicos. Tem baixo peso molecular, e difunde-se rapidamente para os tecidos, o que explica a precocidade dos sintomas. As NTX competem com a acetilcolina pelos receptores colinérgicos da junção neuromuscular (Ação semelhante ao curare). Essa Ação pode ser antagonizada pelas drogas anticolinesterásicas.
- A Ação pré-sináptica está presente em algumas espécies. Atuam na junção neuromuscular bloqueando a liberação de acetilcolina pelo impulso nervoso. Esse mecanismo de Ação não é antagonizado pelas drogas anticolinesterásicas.
- Os sintomas surgem precocemente (em menos de uma hora após a picada). Há discreta dor local, geralmente acompanhada de parestesia, com tendência a progressão proximal. Pode haver vômitos no início do quadro.
- O quadro se caracteriza por fraqueza muscular progressiva, ocorrendo ptose palpebral, oftalmoplegia e a presença de fácies miastênica ou “neurotóxica”
- Pode surgir: dificuldade para manter a posição ereta, mialgia e dificuldade para deglutir por paralisia véu-palatina
- A paralisia fática da musculatura da ventilação pode evoluir para insuficiência respiratória
- Não há exames específicos para o diagnóstico. O tratamento específico é feito com soro antielapídico (SAE), que deve ser administrado na dose de 10 ampolas, por via venosa (dose única para todos os acidentes).
- Os efeitos pós-sinápticos podem ser revertidos com o uso de substâncias anticolinesterásicas (edrofônio e neostigmina), procedimento que pode produzir uma rápida, e transitória, melhora clínica.
- Deve ser feito o teste de reversão com neostigmina em todos os acidentes por corais: aplicar 0,05mg/kg em crianças ou uma ampola em adultos, via EV. Produz resposta rápida, com melhora nos primeiros 10 minutos

- Se houver resposta ao teste, manter doses a cada +/- 4h (ou intervalos menores), sempre precedido da administração de atropina para antagonizar os efeitos muscarínicos (principalmente bradicardia e hipersecreção).
- Deve ser garantida as condições para assistência ventilatória (ambu, máscara, intubação, ventilação mecânica) para o caso de evolução para insuficiência respiratória aguda.
- O prognóstico é favorável desde que haja tratamento soroterápico adequado, e condições de manejo das complicações ventilatórias.

8. Em relação a Leptospirose disserte sobre as manifestações clínicas, alterações laboratoriais mais frequentes e conduta para cada quadro clínico

**Fase precoce:** início súbito de febre, cefaleia, mialgia, anorexia, náuseas

e vômitos. Podem ocorrer diarreia, artralgia, hiperemia ou hemorragia conjuntival, fotofobia, dor ocular e tosse, mialgia, principalmente em região lombar e nas panturrilhas. Essa fase tende a ser autolimitada e regride em três a sete dias sem deixar sequelas.

**Fase tardia:**

Síndrome de Weil, caracterizada pela tríade de icterícia, insuficiência renal e hemorragias, mais comumente pulmonar. Entretanto, essas manifestações podem se apresentar concomitantemente ou isoladamente na fase tardia da doença.

Síndrome de hemorragia pulmonar e caracterizada por lesão pulmonar aguda e sangramento pulmonar maciço. tosse seca, dispnéia, expectoração hemoptoica e, ocasionalmente, dor torácica e cianose. A hemoptise franca denota extrema gravidade e pode ocorrer de forma súbita, levando a insuficiência respiratória (síndrome da hemorragia pulmonar aguda e Síndrome da Angústia Respiratória Aguda – SARA) e ao óbito.

**Fase da convalescença:** Por ocasião da alta do paciente, astenia e anemia podem ser observadas. A eliminação de leptospiros pela urina (leptospiúria) pode continuar por uma semana ou, mais raramente, por vários meses após o desaparecimento dos sintomas. A icterícia desaparece lentamente, podendo durar dias ou semanas. Os níveis de anticorpos, detectados pelos testes sorológicos, diminuem progressivamente, mas, em alguns casos, permanecem elevados por vários meses

**Alterações Laboratoriais mais frequente:** elevação das bilirrubinas totais com predomínio da fração direta, podendo atingir níveis elevados

- plaquetopenia
- leucocitose, neutrofilia e desvio à esquerda
- gasometria arterial, mostrando acidose metabólica e hipoxemia
- aumento de ureia e creatinina
- potássio sérico normal ou diminuído, mesmo na vigência de insuficiência renal aguda (potássio elevado pode ser visto ocasionalmente e, neste caso, indica pior prognóstico)
- creatinofosforase (CPK) elevada
- transaminases normais ou com aumento de três a cinco vezes o valor da referência (geralmente não ultrapassam a 500 UI/dl), podendo a TGO (AST) estar mais elevada que a TGP (ALT)
- anemia normocromica (a observação de queda nos níveis de Hb e Ht durante exames seriados sem exteriorização de sangramentos pode ser indicio precoce de sangramento pulmonar)
- fosfatase alcalina (FA) e gama glutamil transferase (Gama GT) normais ou elevadas
- atividade de protrombina (AP) diminuída ou tempo de protrombina (TP) aumentado ou normal
- baixa densidade urinária, proteinúria, hematuria microscópica e leucocitúria são frequentes no exame sumário de urina

.radiografia de tórax – infiltrado alveolar ou lobar, bilateral ou unilateral, congestão e SARA

**Conduta:**

**Terapêutica**



### **Fase precoce**

#### **a) Adultos**

- Amoxicilina: 500 mg, VO, 8/8h, por 5 a 7 dias ou
- Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12h, por 5 a 7 dias.

#### **b) Crianças**

- Amoxicilina: 50 mg/kg/dia, VO, divididos, 8/8h, por 5 a 7 dias;

### **Fase tardia**

#### **a) Adultos**

- Penicilina G Cristalina: 1.5 milhões UI, IV, de 6/6 horas; ou
  - Ampicilina : 1 g, IV, 6/6h; ou
  - Ceftriaxona: 1 a 2 g, IV, 24/24h ou Cefotaxima: 1 g, IV, 6/6h.
- Alternativa: Azitromicina 500 mg, IV, 24/24h

#### **b) Crianças**

- Penicilina cristalina: 50 a 100.000 U/kg/dia, IV, em quatro ou seis doses; ou
  - Ampicilina: 50-100 mg/kg/dia, IV, dividido em quatro doses; ou
  - Ceftriaxona: 80-100 mg/kg/dia, em uma ou duas doses, ou Cefotaxima: 50-100 mg/kg/dia, em duas a quatro doses.
- Alternativa: Azitromicina 10 mg/kg/dia, IV

### **Conduta terapêutica de suporte**

#### **Fase precoce**

Orientação de repouso com uso de sintomáticos (evitando-se o uso de aspirina), hidratação adequada, coleta de exames para diagnóstico específico, retornos periódicos entre 24 e 72 horas para acompanhamento clínico ou em caso de aparecimento de sinais de alerta ou piora dos sintomas

#### **Fase tardia**

##### **a) Manejo respiratório:**

- Clínica de insuficiência respiratória, (FR >28 ipm, aumento do trabalho respiratório, alteração do nível de consciência, cianose) hemorragia pulmonar evidente ou radiografia de tórax com padrão de hemorragia alveolar ou SARA: garantir proteção de via aérea e ventilação mecânica invasiva com estratégia protetora.
- Excluídas as indicações acima, coletar gasometria arterial: se a PaO<sub>2</sub> < 60 mmHg (em ar ambiente), fornecer O<sub>2</sub> 2 a 15 l/min, por cateter nasal ou máscara facial, ou ventilação mecânica não invasiva com CPAP (de acordo com as condições clínicas do paciente). Repetir gasometria após otimização de suporte de O<sub>2</sub>: se a PaO<sub>2</sub> < 60 mmHg, intubar e instituir ventilação mecânica invasiva com estratégia protetora.
- A ventilação mecânica com estratégia protetora consiste no uso de volumes correntes baixos (6 ml/kg estimado pela fórmula do ARDES-NET1) e pressão de platô < 30 cm de água para reduzir o risco de barotrauma em pacientes com lesão pulmonar aguda e SARA. Manobras de recrutamento alveolar e incremento da PEEP são fundamentais nos casos com comprometimento respiratório grave, principalmente naqueles que evoluem com potencial sangramento pulmonar.

A PEEP inicial de 5 cm de água deve ser aumentado conforme a demanda e associado a medidas de recrutamento e de incremento da FiO<sub>2</sub> visando manter a PaO<sub>2</sub> > 60 mmHg, a SatO<sub>2</sub> > 90% e a relação PO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> > 200.

##### **b) Manejo sistêmico:**

- Em caso de desidratação, expandir com Soro Fisiológico 0,9% (iniciar com 500 ml e repetir duas a três vezes conforme a necessidade) e observar a resposta. Se mantiver hipotensão após a hidratação adequada, administrar noradrenalina na dose inicial de 0,05 µg/kg/min em infusão contínua e com ajustes visando manter a PA média > 60 mmHg. Na falta de noradrenalina, a dopamina pode ser utilizada na dose inicial de 5 µg/kg/min, com acréscimos de 2 a 3 µg/kg/min, visando manter a PA média > 60 mmHg até o máximo de 20 µg/kg/min. A dobutamina pode ser associada ou usada isoladamente nos casos de disfunção miocárdica, insuficiência cardíaca congestiva (ICC), choque cardiogênico, ou de acordo com

parâmetros da saturação venosa mista, na dose inicial de 5 µg/kg/min, com acréscimos de 2 a 3 µg/kg/min, até o máximo de 20 µg/kg/min, visando manter a PA média >60 mmHg.

• *Nos pacientes com comprometimento pulmonar e hemorragia, realizar hidratação com cautela, principalmente se o paciente estiver oligúrico.* Hidratação intravenosa excessiva pode piorar a função pulmonar desses pacientes.

**c) Manejo renal:**

• Monitorizar a diurese e níveis séricos de ureia e creatinina.

• Se o paciente mantiver insuficiência renal oligúrica após hidratação adequada, pode-se tentar revertê-la com furosemida. Entretanto, não se deve retardar o início da dialise se ela for indicada.

• No caso de insuficiência renal aguda oligúrica instalada, indicar dialise (de preferência, a hemodialise) precocemente e diária, para diminuir os níveis de ureia e creatinina. Em locais onde a hemodialise não puder ser realizada, deve ser feita a dialise peritoneal, a qual também deve ser iniciada precocemente nos pacientes oligúricos.

• Insuficiência renal não oligúrica – realizar hidratação adequada e reavaliar a necessidade de dialise. Já os pacientes com comprometimento pulmonar podem ter indicação de dialise mais precoce, mesmo que tenham alguma diurese.

• Hipocalemia grave ( $K^+ < 2,5$  mEq/l), acompanhada ou não de arritmia cardíaca, repor potássio na velocidade de 0,5 mEq/kg/h até o máximo de 10 a 20 mEq/h, diluído em soluções de, no máximo, 80 mEq/l, durante 2 horas, reavaliando com novas dosagens de potássio. Repor, com cautela, na presença de insuficiência renal.

Nas hipopotassemias mais leves, aumentar a dose de potássio na manutenção.

**d) Manejo da hemorragia:**

• Nos casos com plaquetopenia grave ( $\leq 20.000/mm^3$ ) e com fenômenos hemorrágicos ( $\leq 50.000/mm^3$ ), deve-se administrar concentrado de plaquetas, principalmente quando o paciente for submetido a procedimento médico invasivo, como passagem de cateter venoso central.

• Se o coagulograma estiver alterado (TP elevado, AP diminuído, tempo de sangramento e tempo de coagulação aumentados), nas hemorragias maciças, sugere-se a utilização de plasma fresco congelado. Coagulação intravascular disseminada não é um fenômeno muito observado nos pacientes com leptospirose.

• Prevenção de hemorragia digestiva – pantoprazol (40 mg, IV, de 12/12h) ou omeprazol (40 mg, IV, de 12/12h) ou ranitidina (50 mg, IV, de 8/8h ou de 6/6h).

**9. Disserte sobre os agentes etiológicos da meningoencefalites em indivíduos imunocompetentes, segundo as diferentes faixas etárias e segundo condições predisponentes especiais**

• **Por faixa etária:**

- Neonatos: gram negativos entéricos, estreptococcus do grupo B, listeria sp. e estafilococcus aureus (esse último associado a surtos de infecção hospitalar em berçários).
- De 1 a 3 meses: predomina gram negativos entéricos. Passa a ocorrer haemophilus, meningococo e pneumococo
- De 3m a 5a: haemophilus, meningococo e pneumococo dominam e respondem por 90% dos casos
- De 5a a 50a: domínio de meningococo e pneumococo (e desaparecimento do Haemophilus que é importante apenas na faixa pediátrica)
- > 50a: ainda pneumococo e meningococo, mas passa a ocorrer gram negativos entéricos (principalmente associado a co-morbidades)

• **Por condição predisponente especial:**

- gram negativos estão associados a: infecção em neonatos, imunossupressão, otite média crônica, diabetes, etilismo, strongiloidíase
- a presença de fístula líquórica predispõe a: pneumococo e haemophilus

- TCE aberto, pós-neurocirurgia e *sinus dermal*: staphylococcus aureus e gram negativos
- DVP: staphylococcus epidermidis, aureus e gram negativos
- Pós-punção lombar: pseudomonas, staphylococcus aureus

**10.** Fale sobre o diagnóstico, seguimento e tratamento

a. Paciente com anti-HCV positivo

Solicitar HVCRNA para confirmar o diagnóstico, transaminases para verificar agressão hepática, biopsia hepática ou elastografia para verificar grau de fibrose, genotipagem, tratar de acordo com o genótipo e grau de fibrose com Sofobovir, Daclatasvir ou Simeprevir associado ou não a ribavirina por 12 a 24 semanas.

b. Paciente VHB nas diferentes fases evolutivas da historia natural

Imunotolerante: HBsAg, antiHBctotal, HBeAg positivo, transaminases normais, alta carga viral, observação

Imuno clearance: HBsAg, antiHBctotal, HBeAg positivo, transaminases Alterada, alta carga viral, tratar com interferon convencional por 6 meses, em caso de contraindicação usar Tenofovir

Portador Inativo: HBsAg, antiHBctotal positivo HBeAg negativo, antiBHe positivo, transaminases normais, carga viral baixa ou indetectável, observação

Reativação: HBsAg, antiHBctotal positivo HBeAg negativo, antiBHe positivo, transaminases alteradas, carga viral maior que 2000ui/ml, tratar com tenofovir, e quando contra-indicado usar Entecavir

c. Paciente VHB cirrótico HBeAg negativo

Child A: HBsAg, antiHBctotal positivo HBeAg negativo, antiBHe positivo, transaminases alterada, carga viral > 200UI/ml, Entecavir

Child B ou C: HBsAg, antiHBctotal positivo HBeAg negativo, antiBHe positivo, transaminases normais ou alterada, independente da carga viral tratr com Entecavir

d. Paciente VHB/VHD de acordo com a dominância viral

Dominancia B: HBsAg positivo, VHBDNA detectável, VHDRNA indetectável: tratar com Lamivudina

Dominancia D: VHBDNA indetectável ou < 2000ui/ml, VHDRNA detectável: tratar com Interferon peguilado

Dominancia de ambos (B+D) VHBDNA detectável ou > 2000UI/ml, VHDRNA detectável: tratar com Lamivudina + Interferon peguilado