



UNIVERSIDADE DE RIO VERDE (UniRV)
CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE VAGAS DESTINADAS AO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE FORMOSA - GO
EDITAL Nº 001/2023

CHAVE-RESPOSTA - PROVA DISCURSIVA

FACULDADE/ÁREA DE ATUAÇÃO: MEDICINA II / SIMULAÇÃO GERAL
TEMA SORTEADO: 6 - EMERGÊNCIAS INFECCIOSAS: SEPSE/DENGUE
<p>EMERGÊNCIAS INFECCIOSAS</p> <p>SEPSE</p> <p>DEFINIÇÃO:</p> <ul style="list-style-type: none">- Síndrome clínica caracterizada por alterações biológicas, fisiológicas e bioquímicas no hospedeiro, levando a disfunção no funcionamento de órgãos e sistemas, secundária à resposta inflamatória desregulada a uma infecção. <p>ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA:</p> <ul style="list-style-type: none">- Atualmente considerada o resultado de vários mecanismos que envolvem simultaneamente uma ampla gama de mediadores pró e anti-inflamatórios.- Do ponto de vista patogênico, a sepse é atualmente considerada o resultado de vários mecanismos que envolvem simultaneamente uma ampla gama de mediadores pró e anti-inflamatórios. Além disso, modificações celulares relacionadas à sepse foram recentemente definidas, e a importância da microcirculação tem sido enfatizada na progressão da sepse para choque séptico. Nesse contexto, o endotélio tem sido identificado como a unidade funcional fundamental na fisiopatologia da sepse devido ao seu papel na regulação da microcirculação e na modulação dos mecanismos de coagulação e dos processos de sinalização inflamatória e anti-inflamatória. O glicocálice é um componente da membrana endotelial constituído por proteoglicanos e glicoproteínas. Medeia diferentes funções, como a construção de uma barreira mecânica reguladora da permeabilidade vascular, a ativação de leucócitos e adesão plaquetária e a modulação da resposta inflamatória/anti-inflamatória. Danos à integridade morfofuncional do glicocálice (conhecidos como "excreção de glicocálice") podem ocorrer devido a agentes oxidantes, citocinas, exotoxinas e endotoxinas bacterianas. Esse evento leva à diapedese leucocitária e aumento da permeabilidade vascular com a produção de edema, o que eleva a pressão intersticial e piora a perfusão tecidual <p>ACHADOS CLÍNICOS:</p> <ul style="list-style-type: none">- Sepse: a sintomatologia depende do foco, de acordo com a disfunção ou falência orgânica.- Choque séptico: pele fria, pálida e pegajosa. Aumento do tempo de enchimento capilar, livedo, cianose de extremidades, estado mental alterado, redução do débito urinário, hipotensão arterial. <p>EXAMES COMPLEMENTARES:</p> <ul style="list-style-type: none">- Anamnese e exame físico: pouco específicos- A depender do foco infeccioso: hemocultura para todos; em caso de foco pulmonar (Rx de tórax PA/Perfil); abdome agudo inflamatório (US abdome); ITU (EAS+ URC); infecção de cateteres (cultura de ponta de cateter); meningite (líquor); artrite séptica (artrocentese) e endocardite (3 pares de hemocultura/ecocardiograma) <p>DIAGNÓSTICO:</p>

UNIVERSIDADE DE RIO VERDE (UniRV)
CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE VAGAS DESTINADAS AO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE FORMOSA - GO
EDITAL Nº 001/2023

- De acordo com o terceiro consenso internacional sobre sepse e choque séptico (Sepse-3), a sepse deve ser considerada em pacientes com infecção, suspeita ou confirmada, decorrentes de qualquer fonte infecciosa;
- Nesses indivíduos, pode-se realizar uma rápida Avaliação Sequencial de Falência de Órgãos (qSOFA), no qual um resultado maior ou igual a 2 indica pacientes com maior risco de morte hospitalar (OBS: Diretrizes de 2021 recomendam o uso do National Early Warning Score (NEWS) ou da Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS) devido à melhor sensibilidade em prever o desfecho do paciente);
- Em pacientes com suspeita de infecção, as ferramentas estudadas para triagem de pacientes com sepse são:

SIRS \geq 2 pontos

qSOFA \geq 2 pontos

NEWS \geq 4 pontos

TABELA 1 Critérios de resposta inflamatória sistêmica

Critérios	Valor
Temperatura	> 38 ou < 36°C
Frequência cardíaca	> 90 bpm
Frequência respiratória	> 20 irpm (ou PaCO ₂ < 32 mmHg)
Leucócitos	> 12.000, < 4.000 ou > 10% de formas jovens

▷ **TABELA 10** qSOFA

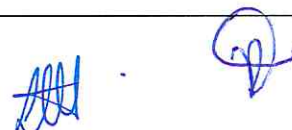
Sistema	Escore
Frequência respiratória \geq 22/min	1
Alteração do nível de consciência	1
Pressão arterial sistólica \leq 100 mmHg	1

▷ **TABELA 11** Escore NEWS

Parâmetro fisiológico	3	2	1	0	1	2	3
FR	\leq 8		9-11	12-20		21-24	\geq 25
Saturação O ₂	\leq 91	93-93	94-95	\geq 96			
O ₂ suplementar		Sim		Não			
Temperatura	\leq 35,0		35,1-36,0	36,1-38,0	38,1-39,0	\geq 39,1	
PA sistólica	\leq 90	91-100	101-110	111-219			\geq 220
FC	\leq 40		41-50	51-90	91-110	111-130	\geq 131
Nível de consciência				A			V, D ou I

A: alerta; FC: frequência cardíaca; FR: frequência respiratória; PA: pressão arterial; V, D, I: reage a estímulo verbal, doloroso ou irresponsivo.

- O diagnóstico de sepse é confirmado no caso de um escore Sequential Sepsis-related Organ Failure Assessment (SOFA) com pontuação maior ou igual a 2 pontos;



UNIVERSIDADE DE RIO VERDE (UniRV)
CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE VAGAS DESTINADAS AO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE FORMOSA - GO
EDITAL Nº 001/2023

▷ **TABELA 2** Escore SOFA

Sistema	Escore				
	0	1	2	3	4
Respiratório PaO ₂ /FiO ₂ mmHg	≥ 400	< 400	< 300	< 200	< 100
Hematológico Plaquetas/uL	≥ 150.000	< 150.000	< 100.000	< 50.000	< 20.000
Hepático Bilirrubinas mg/dL	< 1,2	1,2-1,9	2,0-5,9	6,0-11,9	> 12
Cardiovascular µg/kg/min	PAM ≥ 70	PAM < 70	Dopamina < 5 ou dobutamina	Dopamina 5,1-15 ou noradrenalina ou adrenalina ≤ 0,1	Dopamina > 15 ou noradrenalina ou adrenalina > 0,1
Sistema nervoso central Escala de coma de Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	< 6
Renal Creatinina mg/dL Débito urinário mL/dia	< 1,2	1,2-1,9	2,0-3,4	3,5-4,9 < 500	> 5,0 < 200

FiO₂: fração inspiratória de oxigênio; PAM: pressão arterial média; PaO₂: pressão arterial de oxigênio.

[Seps = Infecção suspeita ou confirmada + aumento ≥ 2 pontos no SOFA]

TRATAMENTO:

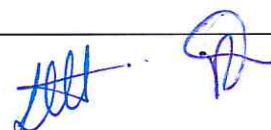
- Objetivos do tratamento:

- Identificação do paciente com seps possível;
- Diagnóstico precoce da seps;
- Coleta de culturas;
- Antibioticoterapia precoce e adequada;
- Suporte às disfunções;
- Ressuscitação volêmica conforme necessidade;
- Utilização de vasopressor conforme necessidade;
- Transferência para unidade de internação ou unidade de terapia intensiva.

- Antimicrobianos: Início precoce, preferencialmente em até 1h da apresentação do paciente no departamento de emergência. Direcionada para o foco de infecção, com escolha inicial empírica e garantindo amplo espectro de ataque, considerando os agentes mais comumente causadores de seps: Staphylococcus aureus, Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumoniae e Streptococcus pneumoniae.

- Ressuscitação volêmica: Em pacientes sépticos com sinais de má perfusão, recomendada reposição volêmica inicial com 30mL/Kg de peso de solução cristalóide nas primeiras horas, com preferência para o Ringer Lactato, em bolus, em infusão rápida (Ex.: 500mL aberto), conforme responsividade do paciente à terapia fluida. OBS: a perfusão tecidual pode ser avaliada por meio do lactato ≥ 2mmol/L (> 18mg/dL) na admissão do paciente.

- Drogas vasoativas: Para uma PAM alvo de 65 mmHg em pacientes em choque séptico. A droga preferencial é a Noradrenalina, na dose de 0,05-2 µg/Kg/min; mas também podem ser utilizadas: Adrenalina, Vasopressina e Dobutamina.



UNIVERSIDADE DE RIO VERDE (UniRV)
CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE VAGAS DESTINADAS AO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE FORMOSA - GO
EDITAL Nº 001/2023

- Suporte adicional: Corticoesteroides são controversos; Transfusões de hemácias devem ser reservadas para pacientes com nível de hemoglobina ≤ 7 g/dL, choque hemorrágico ou isquemia miocárdica ativa; Intubação orotraqueal e ventilação mecânica protetora; TRS se injúria renal pela sepse; Controle glicêmico (Glicemia < 180 mg/dL); Profilaxia de tromboembolismo venoso; Profilaxia de úlcera gástrica).

DENGUE

- A dengue é uma doença infecciosa causada por um vírus chamado flavivírus, transmitido ao homem pela picada do mosquito *Aedes aegypti*.

- A infecção pelo vírus dengue pode ser assintomática ou sintomática. Quando sintomática, causa uma doença sistêmica e dinâmica de amplo espectro clínico, variando desde formas oligossintomáticas até quadros graves, podendo evoluir para o óbito.

- Três fases clínicas podem ocorrer: febril, crítica e de recuperação.

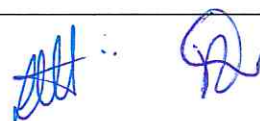
Fase febril: A primeira manifestação é a febre, geralmente alta ($39-40^{\circ}\text{C}$), que tem duração de dois a sete dias, de início abrupto, associada à cefaleia, à adinamia, às mialgias, às artralgias e a dor retroorbitária. O exantema está presente em 50% dos casos, é predominantemente do tipo máculo-papular, atingindo face, tronco e membros de forma aditiva, não poupando plantas de pés e palmas de mãos, podendo apresentar-se sob outras formas com ou sem prurido, frequentemente no desaparecimento da febre. Anorexia, náuseas e vômitos podem estar presentes. A diarreia está presente em percentual significativo dos casos, habitualmente não é volumosa, cursando apenas com fezes pastosas numa frequência de três a quatro evacuações por dia, o que facilita o diagnóstico diferencial com gastroenterites de outras causas. Após a fase febril, grande parte dos pacientes recupera-se gradativamente com melhora do estado geral e retorno do apetite.

Fase crítica: Esta fase pode estar presente em alguns pacientes, podendo evoluir para as formas graves e, por esta razão, medidas diferenciadas de manejo clínico e observação devem ser adotadas imediatamente. Tem início com a defervescência da febre, entre o terceiro e o sétimo dia do início da doença, acompanhada do surgimento dos sinais de alarme.

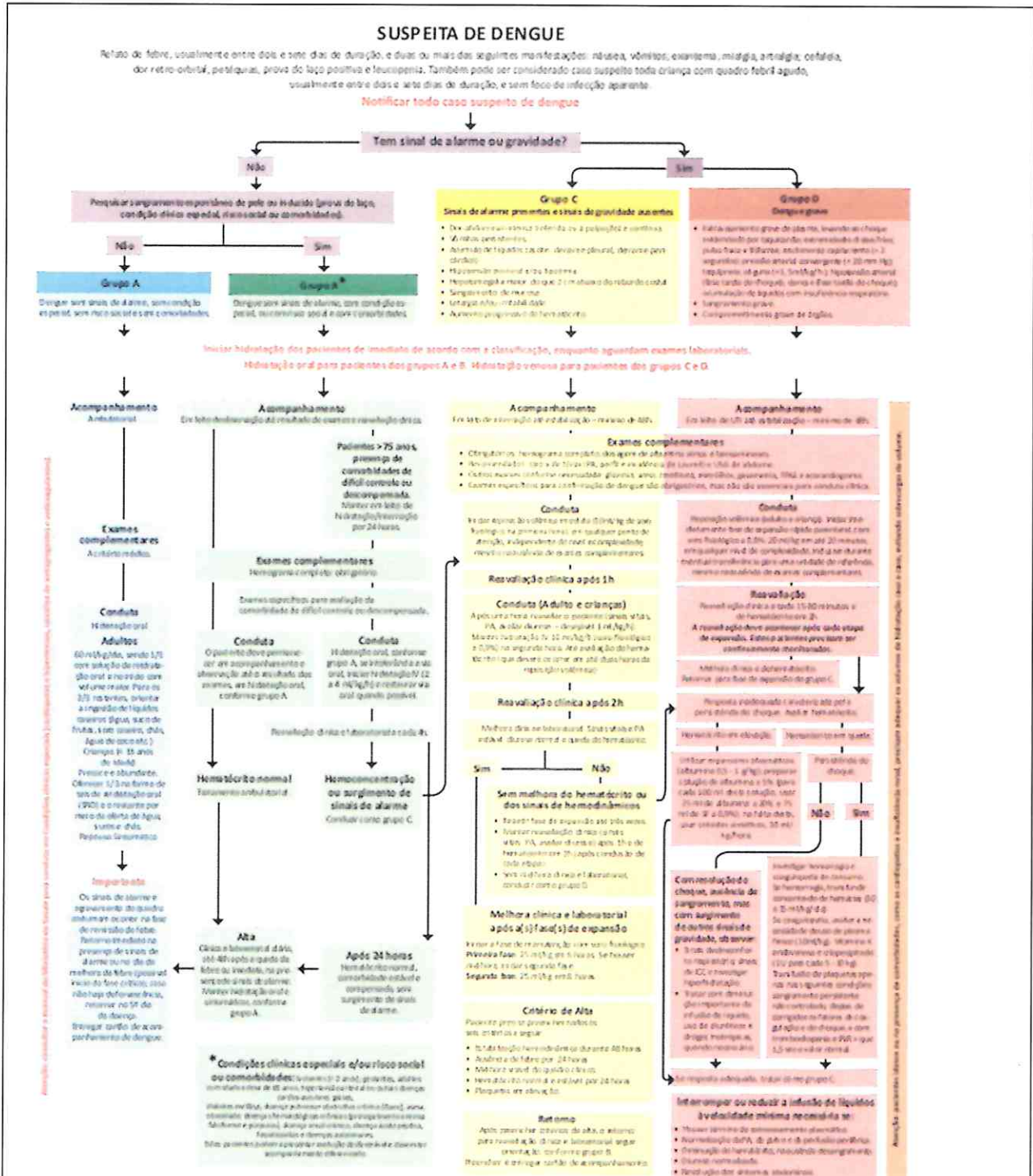
Sinais de alarme: Dor abdominal intensa (referida ou à palpação) e contínua; vômitos persistentes; acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural, derrame pericárdico); Hipotensão postural e/ou lipotímia; hepatomegalia maior do que 2 cm abaixo do rebordo costal; sangramento de mucosa, letargia e/ou irritabilidade; aumento progressivo do hematócrito.

Fase de recuperação: Nos pacientes que passaram pela fase crítica haverá reabsorção gradual do conteúdo extravasado com progressiva melhora clínica. É importante estar atento às possíveis complicações relacionadas à hiper-hidratação. Nesta fase o débito urinário se normaliza ou aumenta, podem ocorrer ainda bradicardia e mudanças no eletrocardiograma. Alguns pacientes podem apresentar um rash cutâneo acompanhado ou não de prurido generalizado. Infecções bacterianas poderão ser percebidas nesta fase ou ainda no final do curso clínico.

- Segue-se Estadiamento do paciente e Tratamento conforme o Fluxograma do Ministério da Saúde, apresentado a seguir:



UNIVERSIDADE DE RIO VERDE (UniRV)
CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE VAGAS DESTINADAS AO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE FORMOSA - GO
EDITAL Nº 001/2023



Grupo D

Acompanhamento
Em laboratório de observação - máximo de 40%.

Exames complementares
• Citograma, hemograma completo dos genes de platéias, urina e hematócrito (Hb) de albumina.
• Análises de urina e de fezes (PA, perfil e excreção de lactato (LAC) de albumina.
• Outros exames conforme necessidade clínica, como: creatinina, ureia, glicose, TGO e acidúria orgânica.
• Exames específicos para confirmação de dengue são obrigatórios, mas não são essenciais para conduta clínica.

Conduta
Reavaliar sinais de alarme e gravidade. Não parar hidratação de acordo com o TDC. Se não houver sinais de alarme, iniciar hidratação oral e continuar via oral quando possível.

Reavaliação
Reavaliar a 1h e a 2h. Se não houver sinais de alarme, iniciar hidratação oral e continuar via oral quando possível.

Reavaliação clínica após 2h
Melhorar sinais de alarme e PA estável. Iniciar hidratação oral e continuar via oral quando possível.

Sim
Sem melhoria do hematócrito ou dos sinais de hemodinâmicos

Não
Reparar fase de reidratação por 24 horas. Iniciar hidratação oral e continuar via oral quando possível. Se não houver sinais de alarme, iniciar hidratação oral e continuar via oral quando possível.

Melhoria clínica e laboratorial após a(s) fase(s) de expansão
Parar a fase de reidratação, com taxa de reidratação de 25 ml/kg em 5 horas. Se houver melhora, iniciar hidratação oral e continuar via oral quando possível.

Critério de Alta
Paciente em estado de reidratação oral e estável sem sinais de alarme.

Retorno
Após parar a fase de reidratação oral, o retorno para reidratação oral e laboratorial segue orientado, conforme grupo B.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:
Sepse:



[Handwritten signatures]



UNIVERSIDADE DE RIO VERDE (UniRV)
CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE VAGAS DESTINADAS AO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE FORMOSA - GO
EDITAL Nº 001/2023

- Singer M., Deutschman C.S., Seymour C.W., Shankar-Hari M., Annane D., Bauer M., Bellomo R., Bernard G.R., Chiche J.-D., Coopersmith C.M., et al. O Terceiro Consenso Internacional de Definições para Sepse e Choque Séptico (Sepse-3) JAMA. 2016; 315:801–810. DOI: 10.1001/jama.2016.0287.
- Medicina de Emergência: Abordagem prática. 14ª ed, 2020.
Dengue:
- Dengue: Diagnóstico e Manejo Clínico. Ministério da Saúde, 2016.
- [Fluxograma do Manejo Clínico da Dengue — Ministério da Saúde \(www.gov.br\)](#) < [Fluxograma do Manejo Clínico da Dengue \(1\).pdf](#) >

BANCA RESPONSÁVEL

ELABORADOR 1

ELABORADOR 2