



Concurso Público para provimento de vagas de cargos Técnicos
Administrativos
Edital 63/2013

Chave de Correção da Prova Discursiva

Cargo: NS-09 - Médico – Hematologista

Questão 1

Medicação antes do rituximab

- 1- Paracetamol 750mg VO dose única
- 2- Difenidramina 50mg IV

Medicação antiemética

- 1- Dexametasona 20mg IV
- 2- Ondansetrona 8mg IV

Quimioterapia venosa

- 1- Rituximab 750mg IV infusão lenta em BI
- 2- Ciclofosfamida 1500mg IV
- 3- Doxorubicina 100mg IV em “bolus”
- 4- Vincistina 2mg IV em “bolus”

Medicação em domicílio

- 1- Prednisona 20mg tomar 5 cpr por 5 dias (total = 25cpr)

Observações:

- Aceita-se como correta a pré-medicação do rituximab com 500mg de paracetamol, anti-histamínico VO e o uso de corticoides como hidrocortisona IV;
- Terapia antiemética com aprepitanto 125mg (Emend) VO, dose de dexametasona de 12-20mg e doses superiores ondansetrona (ex: 16mg IV) serão considerados corretas: combinação de ciclofosfamida + doxorubicina é considerada de alto risco para êmese (Hoffman Cap94; pp 1513; NCCN Guidelines Antiemesis version 1.2013).
- Deverá ser especificado que o rituximab requer infusão lenta ou infusão padronizada. Serão aceitas prescrições mais específicas como:
1ª hora = dose teste; Diluir 100mg de rituximab em 100ml de SF 0,9% - dose teste; Infundir a 50 ml/h por 30 minutos -> se houver tolerância -> aumentar a infusão para 100ml/hora.
2ª hora em diante = dose final; Diluir o restante da dose do dia (geralmente mais 500 a 600mg) em 500ml de SF 0,9% ; Infundir a 150ml/h por 30 minutos -> 200ml/h por 30 minutos -> 250ml/h por 30 minutos -> 300ml/h até o final do frasco.]
- Na medicação domiciliar VO também serão considerados corretos as doses sequenciais de aprepitanto 80mg (Emend) bem como Ondansetrona 8-16 mg 12/12h.

Questão 2

Este paciente não é candidato a quimioterapia clássica de indução conforme os protocolos habituais que incluem citarabina e antraciclina (7+3) ou com a adição de uma terceira droga (ADE ou DAT do MRC/UK).

Entre as opções de tratamento específicos consideramos corretas

- Doses baixas de citarabina (exemplo 20mg 12/12h – 20 doses) que em um estudo fase 3 foi superior à simples citoredução com hidroxiuréia,;

- Utilização de Hipometilantes que têm produzido resultados semelhantes à quimioterapia de indução na população idosa com LMA.

Questão 3

3a – Trata-se de uma caso típico de púrpura trombocitopênica imune (PTI). O tratamento de 1a linha consiste na utilização de corticoterapia. O rituximab produz taxas de resposta completa inferiores a 50% (25 a 40%). O medicamento é aprovado no Brasil (pela Anvisa) para uso em linfomas não Hodgkin, leucemia linfocítica crônica e artrite reumatóide. Poderá ser utilizado em outras doenças auto-imunes mas será considerado “uso fora de bula”, o que pode causar dificuldades com órgão responsáveis pelo custeio da medicação .

3b - correta pelo The American Society of Hematology 2011 evidence-based practice guideline for immune thrombocytopenia e Hoffman Cap 138; pp 2085..

3c – Na maioria dos pacientes com PTI a produção de plaquetas encontra-se diminuída e os níveis de trombopoietina são comparativamente inferiores aos observados em desordens em que o número de megacariócitos está reduzido (Hoffman Cap 138; pp 2085). Assim, elevadas taxas de resposta são observadas com os agonistas de receptor de trombopoietina, documentadas com o eltrombopag em estudos controlados (Hoffman Cap 138; pp 2089).

3d - correta pelo The American Society of Hematology 2011 evidence-based practice guideline for immune thrombocytopenia.

Questão 4

- A medicação domiciliar será ácido fólico (profilaxia de anemia megaloblástica) e penicilina (profilaxia de infecções). O uso de hidroxiuréia nesta situação (crise isolada) ainda não foi formalizada em portaria do MS. Será aceito como correto caso o candidato demonstre conhecedor dos resultados do estudo Baby-Hug.

- Será seguido o calendário de vacinação; consideramos correto a adição da vacina anti pneumocócica e anti haemophilus.

- Considerando que não há história paterna ou materna pode-se presumir que ambos sejam AS. Deste modo, um filho com o mesmo pai gera 25% de probabilidade de doença. Caso o pai seja outro companheiro as probabilidades serão: 50% (companheiro SS), 25% (companheiro AS) e 0% (companheiro AA sem talassemia).

- Não há indicação com uma única crise aos 2 anos. As indicações mais utilizadas são: AVC, nefropatia, regurgitação tricúspide, crises recorrentes, síndrome torácica aguda, osteonocrose e alo imunização (N Engl J Med. 2009 ;361(24):2309-17).

- Neste caso, as células progenitoras congeladas são da criança com a doença. Como é uma doença genética (mutação no gene da cadeia beta da Hb) os precursores hematopoiéticos têm a alteração e não oferecem solução para a doença.

Questão 5

Medicação específica

ATRA 40mg/m², dividido em duas tomadas.

Quimioterapia contendo antraciclina (daunorrubicina ou idarrubicina), a ser iniciada no primeiro dia. No caso da daunorrubicina, a associação com citarabina será considerada correta.

OBS: O tratamento sem quimioterapia (ATRA + trióxido de arsênio) para pacientes de alto risco ainda é controverso, e não será aceito.

Terapia de suporte

Hidratação e profilaxia de síndrome de lise tumoral

Soro glicosado ou fisiológico 3.000/m² e de acordo com a capacidade cardiovascular e alopurinol (dose máxima de 900mg/dia)

Medicação antiemética

1- Ondansetrona 8mg IV de 6/6h (ou equivalente)

Profilaxia da síndrome do ácido trans-retinóico

1-Será aceito dose baixa de dexametasona, mas não é obrigatória.

Suporte transfusional

1-Não é necessário transfusão de plaquetas nessa prescrição. Será aceita a observação de que nessa paciente é necessário transfundir plaquetas se a contagem ficar abaixo de 50.000/mm³.

2-Plasma fresco e fibrinogênio.

3-Não será aceito heparina como profilaxia de CIVD

Profilaxia anti-infecciosa

1- Antifúngica com fluconazol 400mg/dia durante a fase inicial de indução até resolução da neutropenia ou desenvolvimento de infecção fúngica documentada

2- Profilaxia Antibacteriana (opcional): ciprofloxacina 500mg VO 12/12h durante a fase inicial de indução até a resolução da neutropenia e nos ciclos seguintes iniciar ao término da quimioterapia e manter até a recuperação de granulócitos ou o desenvolvimento de febre.

3- Profilaxia antiviral: aciclovir 400mg VO 12/12h ou 250mg/m² 12/12h IV na indução, nos ciclos posteriores apenas se clinicamente indicado.