

## **GASTRENTEROLOGIA**

**Pergunta nº 41 (teste A1- branco)**

**Pergunta nº 61 (teste A2- azul)**

**Pergunta nº 21 (teste A3- amarelo)**

Chave - considerar FALSA: alínea 5) do teste A1 ;

alínea 1) do teste A2;

alínea 4) do teste A3

### **RECLAMAÇÕES SOBRE a alínea 5) do teste A1 ; alínea 1) do teste A2; alínea 4) do teste A3**

“A obstrução linfática adquirida associa-se habitualmente à diminuição da absorção de aminoácidos e hidratos de carbono” – deve ser considerada FALSA e portanto, deve ser a opção correcta.

A alínea está fundamentada na afirmação contida no livro de referência “ Harrison’s Principles of Internal Medicine, 19th edition”, capít. 55, pág. 269, em que se refere: “The pathophysiology of this condition, which is due to the rare congenital intestinal lymphangiectasia or to acquired lymphatic obstruction secondary to trauma, tumor, cardiac disease or infection, leads to the unique constellation of fat malabsorption with enteric losses of protein (often causing edema) and lymphocytopenia. Carbohydrate and amino acid absorption are preserved.”

Foi apresentada uma reclamação referindo que a alínea não poderia ser considerada errada, e por conseguinte, não poderia ser considerada opção correcta de resposta, por estar mal formulada. A argumentação invoca o facto de que a frase do livro de texto se refere ao subtítulo “Postmucosal lymphatic obstruction”, e que explicita que existem duas patogenias possíveis (congénita e adquirida) e que a caracterização de absorção preservada de hidratos de carbono e de aminoácidos se refere à designação geral “Postmucosal lymphatic obstruction” e não às suas duas patogenias possíveis.

O argumento carece de fundamento, já que as características das duas patogenias, congénita e adquirida, estão aglutinadas sob a designação geral, porque são similares, e ressalta o aspecto diferenciador, comum às duas, de estar conservada a absorção de hidratos de carbono e de aminoácidos.

Pelo atrás exposto considera-se improcedente esta reclamação.

**Pergunta nº 42 (teste A1- branco)**

**Pergunta nº 62 (teste A2- azul)**

**Pergunta nº 22 (teste A3- amarelo)**

Chave - considerar FALSA: alínea 2) do teste A1 ;

alínea 3) do teste A2;

alínea 1) do teste A3

**RECLAMAÇÕES SOBRE a alínea 2) do teste A1 ; alínea 3) do teste A2; alínea 1)do teste A3**

“A laceração de Mallory-Weiss com coágulo aderente não sangrante necessita habitualmente de terapêutica endoscópica” – deve ser considerada FALSA e portanto, deve ser a opção correcta.

A alínea está fundamentada na afirmação contida no livro de referência “ Harrison’s Principles of Internal Medicine, 19th edition”, capít.345, pág. 1891, em que se refere : “ Unlike peptic ulcer, a Mallory-Weiss tear with a nonbleeding sentinel clot in its base rarely rebleeds and thus does not necessitate endoscopic therapy”.

Foi apresentada uma reclamação referindo que a alínea não poderia ser considerada errada, e por conseguinte, não poderia ser considerada opção correcta de resposta, por estar mal formulada, ao referir “coágulo aderente” e não coágulo sentinela, como descrito no texto. A designação de “sentinel clot or visible vessel” vem definida na pág. 1890, no subcapítulo de úlcera péptica: “a fibrin plug is seen protruding from a vessel wall in the base of an ulcer ( so-called sentinel clot or visible vessel)”, que está associado a risco acrescido de recidiva hemorrágica na úlcera péptica mas não na lesão de Mallory-Weiss. A utilização do termo genérico de coágulo aderente não sangrante na alínea, inclui as situações de coágulo aderente sem vaso visível e com vaso visível, em que não é necessária terapêutica endoscópica na laceração de Mallory-Weiss. O livro de texto refere, na pág. 1891: “When the tear disrupts a submucosal arteriole, brisk hemorrhage may result. Endoscopy is the best method of diagnosis, and an actively bleeding tear can be treated endoscopically with epinephrine injection, coaptive coagulation, band ligation, or hemoclips.” Desta frase, fica evidente que a indicação de terapêutica endoscópica se restringe aos casos com hemorragia activa e não inclui os casos com coágulo aderente ou coágulo sentinela não sangrante, pelo que não há fundamento para a reclamação.

Pelo atrás exposto, considera-se improcedente esta reclamação.

**Pergunta nº 44 (teste A1- branco)**

**Pergunta nº 64 (teste A2- azul)**

**Pergunta nº 24 (teste A3- amarelo)**

Chave - considerar FALSA: alínea 5) do teste A1;

alínea 1) do teste A2;

alínea 4) do teste A3

**RECLAMAÇÕES SOBRE a alínea 1) do teste A1 ; alínea 2) do teste A2; alínea 5) do teste A3**

“O relaxamento transitório de esfíncter esofágico inferior é responsável por pelo menos 90% do refluxo em indivíduos normais ou em doentes com DRGE sem hérnia do hiato.” – deve ser considerada VERDADEIRA e portanto, não é a opção correcta.

A alínea está fundamentada na afirmação contida no livro de referência “ Harrison’s Principles of Internal Medicine, 19th edition”, capít.347, pág. 1906, em que se refere : “ Transient LES relaxations account for about 90% of reflux in normal subjects or GERD patients without hiatus hernia.”

Foram apresentadas duas reclamações referindo a imprecisão da tradução de “about 90%” para “pelo menos 90%”. No caso presente, a ausência de significado clínico da discreta discrepância entre as duas expressões (a original e a da alínea) para o valor percentual médio da prevalência do mecanismo patogénico claramente mais frequente para o refluxo gastro-esofágico, não se traduz por critério de falsidade da alínea em causa.

Pelo atrás exposto, consideram-se improcedentes as reclamações a esta alínea.

**RECLAMAÇÕES SOBRE a alínea 1) do teste A1 ; alínea 2) do teste A2; alínea 5) do teste A3**

“A gastrite crónica por *Helicobacter pylori* poderá ter um papel protetor relativamente ao refluxo gastro-esofágico ao induzir atrofia gástrica.” – deve ser considerada VERDADEIRA e portanto, não é a opção correcta.

A alínea está fundamentada na afirmação contida no livro de referência “ Harrison’s Principles of Internal Medicine, 19th edition”, capít.347, pág. 1907, em que se refere : “ Another caveat is with chronic *Helicobacter pylori* gastritis, which may have a protective effect by inducing atrophic gastritis with concomitant hypoacidity.”

Foi apresentada uma reclamação referindo outras frases do livro de texto sobre o papel protector da infecção crónica pelo *Helicobacter pylori*, como no capítulo 188, pág.1040, em que se refere a hipocloridria como o mecanismo subjacente, o que não contradiz a referência mais explícita supracitada, que indica que a sequência de atrofia gástrica induzida pela gastrite crónica, conduzindo a hipocloridria, constitui o mecanismo protector proposto, pelo que alínea tem um conteúdo correcto.

Pelo atrás exposto, considera-se improcedente esta reclamação.

**Pergunta nº 46 (teste A1- branco)**

**Pergunta nº 66 (teste A2- azul)**

**Pergunta nº 26 (teste A3- amarelo)**

Chave - considerar FALSA: alínea 1) do teste A1 ;  
alínea 2) do teste A2;  
alínea 5) do teste A3

**RECLAMAÇÕES SOBRE a alínea 1) do teste A1 ; alínea 2) do teste A2; alínea 5) do teste A3**

“A presença de bilirrubina não conjugada na urina é um sinal muito sugestivo de hemólise.” – deve ser considerada FALSA e portanto, é a opção correcta.

A alínea está fundamentada na afirmação contida no livro de referência “ Harrison’s Principles of Internal Medicine, 19th edition”, capít.358, pág. 1996, em que se refere : “ Unconjugated bilirrubina always binds to albumin in the serum and is not filtered by the kidney. Therefore, any bilirubin found in the urine is conjugated bilirubin; the presence of bilirubinuria implies the presence of liver disease.”

Foram apresentadas duas reclamações sugerindo que a frase da alínea, apesar de inequivocamente falsa pela impossibilidade da presença de bilirrubina não conjugada na urina, poderia suscitar dúvidas sobre a sua eventualidade noutro contexto clínico, como uma entidade clínica inédita ou como proteinúria associada a hemólise, não referidos na alínea. A evidência da falsidade da alínea deriva da premissa inicial de presença de bilirrubina não conjugada na urina, pelo que não se modifica o critério de alínea incorrecta, e por isso de opção correcta.

Pelo atrás exposto, consideram-se im procedentes as reclamações a esta alínea.

**RECLAMAÇÕES SOBRE a alínea 4) do teste A1 ; alínea 5) do teste A2; alínea 3) do teste A3**

“ A passagem de um cálculo pela via biliar principal pode provocar um aumento de transaminases para valores entre 1000 a 2000 U/L.” - deve ser considerada VERDADEIRA e portanto não é a opção correcta.

A alínea está fundamentada na afirmação contida no livro de referência “ Harrison’s Principles of Internal Medicine, 19th edition”, capít.358, pág. 1997, em que se refere : “ The aminotransferases are usually not greatly elevated in obstructive jaundice. One notable exception occurs during the acute phase of biliary obstruction caused by the passage of a gallstone into the common bile duct. In this setting, the aminotransferases can briefly be in the 1000-2000 IU/L range. However, aminotransferases levels decrease quickly, and the liver function tests rapidly evolve into those typical of cholestasis.”

Foi apresentada uma reclamação referindo que a frase do livro de texto atribui esta entidade à fase aguda da obstrução biliar, por coledocolitíase com colestase crescente, enquanto a alínea se refere à passagem de um cálculo pela via biliar principal, que o candidato interpreta como migração de cálculo sem obstrução.

No entanto, a literatura médica demonstra que este pico fugaz de elevação súbita de transaminases ocorre, quer na migração de cálculo sem obstrução biliar subsequente, quer na

fase inicial da obstrução biliar por cálculo. A alínea refere “a passagem de um cálculo pela via biliar principal”, o que pode descrever as duas possibilidades de evolução, migração sem consequências, ou fase inicial de episódio de coledocolitíase com obstrução biliar, que se encontra descrita no livro de texto, pelo que a alínea é verdadeira, quer pela patogenia da migração de cálculo, quer pela abrangência da frase da alínea, que inclui a fase aguda da obstrução biliar.

Pelo atrás exposto, considera-se improcedente esta reclamação.

**Pergunta nº 47 (teste A1- branco)**

**Pergunta nº 67 (teste A2- azul)**

**Pergunta nº 27 (teste A3- amarelo)**

Chave - considerar FALSA: alínea 1) do teste A1 ;

alínea 2) do teste A2;

alínea 5) do teste A3

**RECLAMAÇÕES SOBRE a alínea 5) do teste A1 ; alínea 1) do teste A2; alínea 4) do teste A3**

“A hepatotoxicidade por fármacos não é habitualmente mais frequente em doentes com doença hepática crónica, com algumas excepções (aspirina, metotrexato, isoniazida, e alguns anti-retrovirais).” – deve ser considerada VERDADEIRA e portanto, não é a opção correcta.

A alínea está fundamentada na afirmação contida no livro de referência “ Harrison’s Principles of Internal Medicine, 19th edition”, capít.361, pág. 2025, em que se refere : “Generally, drug hepatotoxicity is not more frequent in persons with underlying chronic liver disease, although the severity of the outcome may be amplified. Reported exceptions include hepatotoxicity of aspirin, methotrexate, isoniazid (only in certain experiences), antiretroviral therapy for HIV infection, and certain drugs such as conditioning regimens for bone marrow transplantation in the presence of hepatitis C.”

Foram apresentadas reclamações sugerindo que o enunciado da alínea, ao omitir os fármacos condicionadores para transplante de medula óssea, induzia em erro, por poder ser essa omissão o elemento de falsidade na alínea e ser, por isso, a opção correcta.

Embora a alínea se mantenha verdadeira, com os exemplos dados, admite-se que não ficou explícita a existência de outras excepções além das enunciadas, sobretudo, por estas figurarem como uma alista entre parênteses, podendo sugerir a totalidade das excepções conhecidas. Se se quisesse omitir um elemento de uma lista e apresentar apenas parte dos elementos de um conjunto, como representativos, deveria ser mencionado que figuravam a título de exemplos possíveis, introduzindo a expressão “por exemplo” no início do enunciado entre parênteses.

Além deste erro formal, a expressão do livro do texto sobre a isoniazida “isoniazid (only in certain experiences)”, fica reduzida a “isoniazida”, o que induz a interpretação de que a ocorrência de hepatotoxicidade é constante em todas as ocorrências reportadas com a isoniazida, o que não corresponde ao referido no livro de texto; esta generalização corresponde a afirmar a hepatotoxicidade pela isoniazida como um fenómeno consistente universal, enquanto a referência do livro de texto introduz a limitação da inconstância de observação, registada apenas em certas ocorrências.

Na mesma enumeração referem-se “ alguns anti-retrovirais”, enquanto o livro de texto refere “anti-retroviral therapy for HIV infection” o que reduz a enumeração extensiva e integral deste grupo de fármacos, a um conjunto parcial, mal delimitado, de anti-retrovirais, (“alguns”), o que não traduz o conteúdo do livro de texto.

Pelas atrás exposto, considera-se que a transcrição do livro de texto não ficou clara, por três expressões que modificam o conteúdo do livro de texto, o que introduz a dúvida legítima sobre a veracidade da alínea, induzindo a sua apreciação como falsa pelas dissonâncias relativas ao livro de texto.

Admite-se, por isso, que o enunciado da alínea, tenha sugerido falsidade do conteúdo pela omissão de dados constantes no livro de texto, pelo que se considera procedente esta reclamação, sugerindo-se que esta alínea seja também considerada como opção correcta, além da alínea prevista na chave provisória.

**Pergunta nº 49 (teste A1- branco)**

**Pergunta nº 69 (teste A2- azul)**

**Pergunta nº 29 (teste A3- amarelo)**

Chave - considerar FALSA: alínea 3) do teste A1 ;

alínea 4) do teste A2;

alínea 2) do teste A3

**RECLAMAÇÕES SOBRE a alínea 2) do teste A1; alínea 3) do teste A2; alínea 1) do teste A3**

“Na presença de pancreatite litiásica, doentes com evidência de colangite ascendente beneficiam da realização de CPRE entre 24 e 48 horas após a admissão.” – deve ser considerada VERDADEIRA e portanto, não é a opção correcta.

A alínea está fundamentada na afirmação contida no livro de referência “ Harrison’s Principles of Internal Medicine, 19th edition”, capít.361, pág. 2096, em que se refere :“Gallstone Pancreatitis. Patients with evidence of ascending cholangitis (rising white blood cell count, increasing liver enzymes) should undergo ERCP within 24-48 h of admission.”

Foi apresentada uma reclamação sugerindo que a tradução de “within 24-48 h of admission” não seria idêntico a “entre 24-48 h após a admissão” da alínea, e que este enunciado sugeria

um atraso de 24h após a admissão para realizar CPRE. Foi apresentado outro excerto do livro de texto sobre a necessidade de CPRE urgente em colangite aguda (pág.1892-3) : “ a window of approximately 24 h during which biliary drainage should be established, typically by ERCP”.

Apesar da mínima discrepância na tradução, o conteúdo da alínea não perde o significado clínico, nem se pode considerar falsa, tanto mais que é corroborada pelo excerto adicionado, com o advérbio “aproximadamente”, para categorizar o período de tempo ideal para efectuar a CPRE.

Pelo atrás exposto, considera-se improcedente esta reclamação.

**Pergunta nº 50 (teste A1- branco)**

**Pergunta nº 70 (teste A2- azul)**

**Pergunta nº 30 (teste A3- amarelo)**

Chave - considerar FALSA: alínea 4) do teste A1 ;

alínea 5) do teste A2;

alínea 3) do teste A3

**RECLAMAÇÕES SOBRE a alínea 3) do teste A1 ; alínea 4) do teste A2; alínea 2) do teste A3**

“O tabagismo poderá constituir factor de risco para a ocorrência de pancreatite aguda.”– deve ser considerada VERDADEIRA e portanto, não é a opção correcta.

A alínea está fundamentada na afirmação contida no livro de referência “ Harrison’s Principles of Internal Medicine, 19th edition”, capít.371, pág. 2091, em que se refere, a propósito de pancreatite aguda: “The incidence of pancreatitis in alcoholics is surprisingly low (5/100.000), indicating that in addition to the amount of alcohol ingested, others factors affect a person’s susceptibility to pancreatic injury such as cigarette smoking.”

Foram apresentadas reclamações considerando a alínea falsa e como tal, a opção correcta. A argumentação incide no facto de, além do excerto supra-citado, não haver referências no livro de texto ao tabaco como factor de risco de pancreatite aguda. No entanto, apresentam a citação da pág. 2098, em que o tabaco é definido como factor de risco independente e dose-dependente para a pancreatite aguda recorrente, além da pancreatite crónica. A argumentação radica no facto de o tabaco não figurar na lista das causas de pancreatite aguda, ao contrário do que acontece na pancreatite crónica. Não se pode inferir que não seja factor de risco, por não figurar, como factor etiológico isolado, suficiente para precipitar os mecanismos patogénicos da pancreatite aguda.

Pelo atrás exposto, consideram-se improcedentes as reclamações relativas a esta alínea.

**Pergunta nº 51 (teste A1- branco)**

**Pergunta nº 71 (teste A2- azul)**

**Pergunta nº 31 (teste A3- amarelo)**

Chave - considerar VERDADEIRA: alínea 4) do teste A1 ;

alínea 5) do teste A2;

alínea 3) do teste A3

**RECLAMAÇÕES SOBRE a alínea 4) do teste A1; alínea 5) do teste A2; alínea 3) do teste A3**

“Qual das seguintes causas de hemorragia digestiva baixa em adultos é MENOS frequente? (...) Úlceras ou colite induzidas por anti-inflamatórios não esteróides (AINEs).” – deve ser considerada VERDADEIRA e portanto, é a opção correcta.

A alínea está fundamentada na afirmação contida no livro de referência “ Harrison’s Principles of Internal Medicine, 19th edition”, capít.57, pág. 277, em que se refere: “Hemorrhoids are probably the most common cause of LGIB ( lower gastro-intestinal bleeding); anal fissures also cause minor bleeding and pain. If the local anal processes, which rarely require hospitalization, are excluded, the most common causes of LGIB in adults are diverticula, vascular ectasias (...), neoplasms (primarily adenocarcinoma), colitis (ischemic, infectious, idiopathic inflammatory bowel disease), and post-polypectomy bleeding. Less common causes include NSAID-induced ulcers or colitis, radiation proctopathy, solitary rectal ulcer syndrome, trauma, varices (most commonly rectal), lymphoid nodular hyperplasia, vasculitis, and aortocolic fistulas.”

Foram apresentadas reclamações sobre a inadequação da alínea referida, (úlceras e colite induzidas por AINEs), para representar, de entre a lista das alíneas, a causa menos frequente de hemorragia digestiva baixa. Deve-se notar, que as restantes hipóteses das outras alíneas estão incluídas na lista do livro de texto, e que a expressão usada na alínea é traduzida da expressão original do livro de texto (úlceras e colite induzidas pelos AINEs). Mais ainda, ressalva-se que o parágrafo do livro de texto supracitado enumera, por ordem decrescente de frequência, as causas de LGIB, ou seja hemorragia digestiva baixa, sem especificar se a sua origem procede do intestino delgado ou do cólon, tal como o enunciado da pergunta.

Tal como as reclamações sugerem, o termo hemorragia digestiva baixa inclui origem no intestino delgado abaixo do ângulo de Treitz e origem no cólon, pelo que a abrangência da lista reproduzida acima não é questionável.

As reclamações invocam as referências ao texto incluído na pág. 277, no parágrafo com o título “Small-intestinal source of bleeding”, que se transcreve: “Fortunately small-intestinal bleeding is uncommon. The most common cause in adults are vascular ectasias, tumours (...), and NSAID-induced erosions and ulcers.”

Esta referência não pode ser invocada como argumento, porque é relativa à listagem específica para o intestino delgado, e não para todas as causas de hemorragia digestiva baixa, que estão discriminadas no parágrafo de referência para a alínea.

A argumentação das reclamações invoca o conteúdo do capít.344, pág.1877, que inclui as causas mais frequentes de hemorragia digestiva baixa, onde, também, a etiologia “drug-induced colitis”, figura nas causas menos frequentes, e depois das neoplasias, pelo que corrobora os conteúdos do capítulo 57: “The most prevalent lower GI sources of hemorrhage include hemorrhoids, anal fissures, diverticula, ischemic colitis, and arteriovenous malformations. Other causes include neoplasms, inflammatory bowel disease, infectious colitis, drug-induced colitis, and other vascular lesions”.

Pelo atrás exposto, consideram-se improcedentes as reclamações relativas a esta alínea.

#### **RECLAMAÇÕES SOBRE a alínea 5) do teste A1 ; alínea 1) do teste A2; alínea 4) do teste A3**

“Qual das seguintes causas de hemorragia digestiva baixa em adultos é MENOS frequente? (...) Colite isquémica.” – deve ser considerada FALSA e portanto, não é a opção correcta.

A alínea está fundamentada na afirmação contida no livro de referência “ Harrison’s Principles of Internal Medicine, 19th edition”, capít.57, pág. 277, em que se refere: “Hemorrhoids are probably the most common cause of LGIB ( lower gastro-intestinal bleeding); anal fissures also cause minor bleeding and pain. If the local anal processes, which rarely require hospitalization, are excluded, the most common causes of LGIB in adults are diverticula, vascular ectasias (...), neoplasms (primarily adenocarcinoma), colitis ( ischemic, infectious, idiopathic inflammatory bowel disease), and post-polypectomy bleeding. Less common causes include NSAID-induced ulcers or colitis, radiation proctopathy, solitary rectal ulcer syndrome, trauma, varices (most commonly rectal), lymphoid nodular hyperplasia, vasculitis, and aortocolic fistulas.”

Forma apresentadas reclamações considerando que a alínea correcta da chave provisória estaria errada, e propondo como resposta correcta a entidade “colite isquémica”, que considerariam a menos frequente causa de hemorragia digestiva baixa.

De acordo com o referido no parecer prévio, considera-se adequada a alínea indicada como correcta na chave provisória, pelo que as alternativas não são consideradas verdadeiras.

Pelo atrás exposto, consideram-se improcedentes as reclamações relativas a esta alínea.

#### **RECLAMAÇÕES SOBRE a alínea 2) do teste A1; alínea 3) do teste A2; alínea 1) do teste A3**

“Qual das seguintes causas de hemorragia digestiva baixa em adultos é MENOS frequente? (...) Adenocarcinoma do cólon” – deve ser considerada FALSA e portanto, não é a opção correcta.

A alínea está fundamentada na afirmação contida no livro de referência “ Harrison’s Principles of Internal Medicine, 19th edition”, capít.57, pág. 277, em que se refere: “Hemorrhoids are probably the most common cause of LGIB (lower gastro-intestinal bleeding); anal fissures also cause minor bleeding and pain. If the local anal processes, which rarely require hospitalization, are excluded, the most common causes of LGIB in adults are diverticula, vascular ectasias (...), neoplasms ( primarily adenocarcinoma), colitis ( ischemic, infectious, idiopathic inflammatory

bowel disease), and post-polypectomy bleeding. Less common causes include NSAID-induced ulcers or colitis, radiation proctopathy, solitary rectal ulcer syndrome, trauma, varices (most commonly rectal), lymphoid nodular hyperplasia, vasculitis, and aortocolic fistulas.”

Foi apresentada uma reclamação considerando que a alínea correcta da chave provisória estaria errada, e propondo como resposta correcta a entidade “adenocarcinoma do cólon” que consideraria a menos frequente causa de hemorragia digestiva baixa. A argumentação refere que não há elementos para considerar a frequência relativa de hemorragia causada pelo adenocarcinoma, em comparação com os restantes tipos de neoplasia do cólon. O candidato admite ainda assim que “das neoplasias do cólon causadoras de hemorragia digestiva baixa, o adenocarcinoma é a causa mas frequente” sic. A listagem supra-citada refere “neoplasia do colon (primariamente adenocarcinoma)”, o que indica que o destaque se deve à maior incidência de hemorragia digestiva baixa atribuível ao adenocarcinoma, já que é a incidência dessa complicação que está em comparação na listagem. Efectivamente, não está referido que o evento hemorragia seja mais frequente com adenocarcinoma, até porque estão descritas neoplasias raras do cólon com potencial hemorrágico superior (angiossarcoma).

No entanto, a listagem refere-se à incidência de hemorragia na população, onde se reflecte a ponderação da prevalência e incidência das entidades nosológicas, que contribuem para uma maior frequência de ocorrência de hemorragia por essas entidades na população, e também pela maior frequência de apresentação clínica com hemorragia. Destas dois valores, no caso da neoplasia do cólon, é a sua incidência na população que sobreleva os restantes tipos de neoplasia do cólon, em tal magnitude, que a listagem do livro de texto lhe confere o destaque devido a causa de hemorragia digestiva baixa mais frequente na população geral. A lista não se refere à comparação da frequência de hemorragia na história natural da doença em cada entidade nosológica, mas sim da incidência de hemorragia na população geral.

De acordo com o referido no parecer prévio, considera-se adequada a alínea indicada como correcta na chave provisória, pelo que as alternativas não são consideradas verdadeiras.

Pelo atrás exposto, consideram-se improcedentes as reclamações relativas a esta alínea.

### **RECLAMAÇÕES SOBRE a alínea 2) do teste A1; alínea 3) do teste A2; alínea 1) do teste A3**

“Qual das seguintes causas de hemorragia digestiva baixa em adultos é MENOS frequente? (...) Ectasias vasculares do cólon,” – deve ser considerada FALSA e portanto, não é a opção correcta.

A alínea está fundamentada na afirmação contida no livro de referência “ Harrison’s Principles of Internal Medicine, 19th edition”, capít.57, pág. 277, em que se refere: “Hemorrhoids are probably the most common cause of LGIB ( lower gastro-intestinal bleeding); anal fissures also cause minor bleeding and pain. If the local anal processes, which rarely require hospitalization, are excluded, the most common causes of LGIB in adults are diverticula, vascular ectasias (...), neoplasms (primarily adenocarcinoma), colitis ( ischemic, infectious, idiopathic inflammatory bowel disease), and post-polypectomy bleeding. Less common causes include NSAID-induced

ulcers or colitis, radiation proctopathy, solitary rectal ulcer syndrome, trauma, varices (most commonly rectal), lymphoid nodular hyperplasia, vasculitis, and aortocolic fistulas.”

Foram apresentadas reclamações considerando que a alínea correcta da chave provisória estaria errada, e propondo como resposta correcta a entidade “ectasias vasculares do cólon” que considerariam a menos frequente causa de hemorragia digestiva baixa.

De acordo com o referido no parecer prévio, considera-se adequada a alínea indicada como correcta na chave provisória, pelo que as alternativas não são consideradas verdadeiras.

Pelo atrás exposto, consideram-se improcedentes as reclamações relativas a esta alínea.

**Pergunta nº 52 (teste A1- branco)**

**Pergunta nº 72 (teste A2- azul)**

**Pergunta nº 32 (teste A3- amarelo)**

Chave - considerar VERDADEIRA: alínea 3) do teste A1 ;

alínea 4) do teste A2;

alínea 2) do teste A3

**RECLAMAÇÕES SOBRE a alínea 3) do teste A1; alínea 4) do teste A2; alínea 2) do teste A3**

“A incidência de adenocarcinoma do coto gástrico aumenta 15 anos após uma gastrectomia parcial.” – deve ser considerada VERDADEIRA e portanto, é a opção correcta.

A alínea está fundamentada na afirmação contida no livro de referência “ Harrison’s Principles of Internal Medicine, 19th edition”, capít.348, pág. 1927, em que se refere: “The incidence of adenocarcinoma in the gastric stump is increased 15 years after resection. Some have reported a four- to five-fold increase in gastric cancer 20-25 years after resection.”

Foi apresentada uma reclamação considerando que a alínea sugeria um aumento de incidência observável a partir dos 15 anos de seguimento, enquanto o livro de texto sugeriria, segundo o reclamante, que o aumento de incidência teria precedido o momento dos 15 anos de seguimento, o que estaria em contradição com o enunciado. A análise do texto integral revela que a observação de aumento de incidência se manifesta só após 15 anos, e se agrava nos anos seguintes, mas não nos precedentes, o que mantém a consonância do enunciado com o livro de texto.

Pelo atrás exposto, considera-se improcedente esta reclamação.

**Pergunta nº 53 (teste A1- branco)**

**Pergunta nº 73 (teste A2- azul)**

**Pergunta nº 33 (teste A3- amarelo)**

Chave - considerar FALSA: alínea 5) do teste A1 ;

alínea 1) do teste A2;

alínea 4) do teste A3

**RECLAMAÇÕES SOBRE a alínea 1) do teste A1; alínea 2) do teste A2; alínea 5) do teste A3**

“Os doentes com doença de Crohn, com envolvimento limitado ao íleon distal, apresentam tipicamente um teste de D-xilose urinária normal.”– deve ser considerada VERDADEIRA e portanto, não é a opção correcta.

A alínea está fundamentada na afirmação contida no livro de referência “ Harrison’s Principles of Internal Medicine, 19th edition”, capít.349, pág. 1938, pág.1941- T-349-7 em que se refere: “The urinary D-xilose test for carbohydrate absorption provides an assessment of proximal small-intestinal mucosal function.(...) An abnormal test (excretion of <4.5g) primarily reflects duodenal/jejunal mucosal disease. Na tabela T-349-7 associa-se a doença ileal um teste de D-xilose normal, um teste de Schilling anormal e uma biópsia de mucosa duodenal normal, como características de doença limitada ao íleon.

Foi apresentada uma reclamação, argumentando que haveria falta de informação no livro de texto, por não estar especificamente definido na tabela em causa, o caso particular de a doença ileal ser causada por doença de Crohn limitada ao íleon distal.

Verificando a informação contida no capítulo, conclui-se que a formulação das características clínicas das diferentes entidades nosológicas, feita de acordo com a localização no intestino delgado, a repercussão sobre a absorção de nutrientes e o resultado da biópsia da mucosa duodenal, conduz o diagnóstico diferencial. No caso presente, numa situação de doença restricta ao íleon distal, sendo doença de Crohn ou outra, o teste de D-xilose estaria normal porque a absorção da D-xilose não fica afectada pela doença ileal.

Pelo atrás exposto, considera-se improcedente esta reclamação.

**Pergunta nº 54 (teste A1- branco)**

**Pergunta nº 74 (teste A2- azul)**

**Pergunta nº 34 (teste A3- amarelo)**

Chave - considerar FALSA: alínea 2) do teste A1 ;

alínea 3) do teste A2;

alínea 1) do teste A3

**RECLAMAÇÕES SOBRE a alínea 3) do teste A1; alínea 4) do teste A2; alínea 2) do teste A3**

“Na abordagem da diverticulite complicada, os abscessos diverticulares inferiores a 3 cm de diâmetro podem regredir com a utilização de antibióticos, sem necessidade de drenagem percutânea.” – deve ser considerada VERDADEIRA e portanto, não é a opção correcta.

A alínea está fundamentada na afirmação contida no livro de referência “ Harrison’s Principles of Internal Medicine, 19th edition”, capít.353, pág. 1973, em que se refere: “Patients with Hinchey stages I and II disease are managed with percutaneous drainage followed by resection with anastomosis about 6 weeks later. Current guidelines (...) suggest, in addition to antibiotic therapy, CT guided percutaneous drainage of abscesses that are greater than 3 cm and have a well-defined wall. Abscesses that are less than 3 cm may resolve with antibiotic therapy alone.”

Foi apresentada uma reclamação sugerindo a falsidade do conteúdo da alínea, baseado na afirmação de que todos os doentes com diverticulite complicada devem ser submetidos a tratamento cirúrgico. Esta afirmação não é incompatível com a estratégia inicial de gestão da diverticulite complicada de abscesso, de acordo com o estadió, a que se refere a alínea, e que está incluída na informação do livro de texto.

Pelo atrás exposto, considera-se improcedente esta reclamação.

### **RECLAMAÇÕES SOBRE a alínea 1) do teste A1; alínea 2) do teste A2; alínea 5) do teste A3**

“Na doença diverticular não complicada, a terapêutica com rifaximina diminui a frequência da recorrência dos sintomas” – deve ser considerada VERDADEIRA e portanto, não é a opção correcta.

A alínea está fundamentada na afirmação contida no livro de referência “ Harrison’s Principles of Internal Medicine, 19th edition”, capít.353, pág. 1972, em que se refere: “Rifaximin (a poorly absorbed broad-spectrum antibiotic), when compared to fiber alone, is associated with 30% less frequent recurrent symptoms from uncomplicated diverticular disease.”

Foram apresentadas reclamações que contestam a validade do conteúdo da alínea, por não incluir a expressão “when compared to fiber alone”, com o que argumentam que o fármaco em causa não tem acção comprovada na redução da frequência das complicações da doença diverticular, porque falta o elemento de comparação. A argumentação não favorece a tese dos reclamantes, porque o livro de texto, afirma inequivocamente o efeito do fármaco em termos quantitativos, com redução de 30% da frequência da recidiva de sintomas, em comparação com uma intervenção de alteração do conteúdo de fibra da dieta.

Quando se adiciona o adjectivo “alone”, não se caracteriza a validade das conclusões sobre a rifaximina, mas caracteriza-se a intervenção de comparação, apenas com fibra e sem outros fármacos para comparação. Esta intervenção não farmacológica, considerada norma de alteração de estilo de vida indicada para os doentes com divertículos do cólon, interfere na composição da microbiota, de acordo como referido no livro de texto, no sentido de evitar a disbiose que está associada a maior probabilidade de complicações sépticas na diverticulose.

A afirmação da eficácia da rifaximina fica reforçada, quando se refere que a melhoria observada foi registada em comparação com tratamento com alto conteúdo de fibra, o que consubstancia a relação de causa-efeito entre a adição de rifaximina e o efeito observado, porque se ultrapassa o benefício registado com o acréscimo de fibra.

Considerando que a afirmação da alínea não perde validade pela ausência de comparação com uma intervenção não farmacológica, conclui-se que a percepção da validade do fármaco em causa é garantida pelo livro de texto.

Pelo atrás exposto, consideram-se improcedentes as reclamações a esta alínea.

**Pergunta nº 55 (teste A1- branco)**

**Pergunta nº 75 (teste A2- azul)**

**Pergunta nº 35 ( teste A3- amarelo)**

Chave - considerar VERDADEIRA: alínea 3) do teste A1 ;

alínea 4) do teste A2;

alínea 2) do teste A3

**RECLAMAÇÕES SOBRE a alínea 1) do teste A1; alínea 2) do teste A2; alínea 5) do teste A3**

“Na isquémia mesentérica oclusiva cardio-embólica, os êmbolos alojam-se preferencialmente nos pontos de Griffith ou Sudeck.” – deve ser considerada FALSA e portanto, não é a opção correcta.

A alínea está fundamentada na afirmação contida no livro de referência “ Harrison’s Principles of Internal Medicine, 19th edition”, capít.354, pág. 1979, em que se refere: “Occlusive ischemia is a result of disruption of blood flow by an embolus or progressive thrombosis in a major artery supplying the intestine. Emboli originate from the heart in more than 75% of cases and lodge preferentially in the superior mesenteric artery just distal to the origin of the middle colic artery.”

Foram apresentadas reclamações referindo que o livro de texto indica os pontos de Griffith e Sudeck como sendo as áreas de maior frequência de localização da colite isquémica. Esta referência está agregada à descrição da anatomia e fisiopatologia da isquémia intestinal, em que refere explicitamente que estas áreas estão em risco de isquémia por decréscimo do fluxo sanguíneo (“decreased blod flow”), tal como ocorre na isquémia mesentérica não oclusiva.

No caso específico da isquémia oclusiva por embolia (“disruption of blood flow by an embolus”), existe uma afirmação específica do livro do texto, com a definição clara do ponto de oclusão mais frequente, definido pelo trajecto arterial percorrido pelo êmbolo, com a especificação anatómica do ponto de oclusão (na artéria mesentérica superior, no ponto imediatamente distal à origem da artéria cólica média).

Pelo atrás exposto, consideram-se improcedentes as reclamações a esta alínea.

### **RECLAMAÇÕES SOBRE a alínea 3) do teste A1; alínea 4) do teste A2; alínea 2) do teste A3**

“Na isquémia mesentérica não oclusiva está indicada a terapêutica com antibióticos de largo espectro.” – deve ser considerada VERDADEIRA e portanto, é a opção correcta.

A alínea está fundamentada na afirmação contida no livro de referência “ Harrison’s Principles of Internal Medicine, 19th edition”, capít.354, pág. 1980 e T 354-1 em que se refere, no parágrafo que começa com “Nonocclusive or vasospastic mesenteric ischemia”: “Broad-spectrum antibiotics should be given to provide suficiente coverage for enteric pathogens, including gram-negative and anaerobic organisms .”

Foi apresentada uma reclamação, considerando que no enunciado da alínea não estaria explícito se se tratava de isquémia mesentérica não oclusiva aguda ou crónica, o que inviabilizaria a resposta. No entanto, no livro de texto, a referência ao tratamento intitula-se também “Nonocclusive or vasospastic mesenteric ischemia”, no início do parágrafo correspondente à isquémia não oclusiva aguda, pelo que está transcrito adequadamente na alínea.

Aliás, na mesma pergunta, figura outra alínea, esta com conteúdo falso, sobre “No tratamento da isquémia mesentérica crónica, a angioplastia com colocação de próteses endovasculares associa-se a uma taxa de sucesso a longo prazo de apenas 20% dos casos”, o que está incorrecto, porque tem uma taxa de sucesso de 80%. O parágrafo do livro de texto sobre esta condição crónica inicia-se com a designação contendo o adjetivo “crónica”, tal como na alínea supra-citada. Parece-nos que os enunciados das alíneas decalcam as designações usadas no livro de texto.

Pelo atrás exposto, considera-se improcedente a reclamação a esta alínea.

### **Pergunta nº 57 (teste A1- branco)**

### **Pergunta nº 77 (teste A2- azul)**

### **Pergunta nº 37 (teste A3- amarelo)**

Chave - considerar VERDADEIRA: alínea 4) do teste A1 ;

alínea 5) do teste A2;

alínea 3) do teste A3

### **RECLAMAÇÕES SOBRE a alínea 3) do teste A1; alínea 4) do teste A2; alínea 2) do teste A3**

“Em qual dos seguintes grupos populacionais considerados, **não** está recomendado o rastreio da infecção pelo vírus da hepatite C (VHC)? Alínea : “ parceiros(as) sexuais de indivíduos com infecção pelo VHC” – deve ser considerada FALSA e portanto, não é a opção correcta.

A alínea está fundamentada na afirmação contida no livro de referência “ Harrison’s Principles of Internal Medicine, 19th edition”, capít.360, pág. 2015, T-360-4, em que se refere: “ Besides persons born between 1945 and 1965, other groups with an increased frequency of HCV infection are listed in table 360-4”. A tabela intitula-se “High-risk populations for whom HCV\_infection screening is recommended” e inclui: “sexual partners of persons with hepatitis C infection”.

Foi apresentada uma reclamação, que se reporta a outras afirmações do livro de texto, em que se descreve a probabilidade de transmissão do VHC por via sexual e perinatal estimada em cerca de 5%, e também que num estudo prospectivo se demonstrou que seria apenas de 1% em parceiros sexuais monogâmicos. Acresce ainda a informação do livro de texto de que a transmissão sexual parece estar confinada aos grupos de pessoas com parceiros sexuais múltiplos e com doenças sexualmente transmissíveis.

Estes dados de observação retrospectiva, adicionados de um estudo prospectivo, não colidem com a obrigatoriedade de rastrear todos os parceiros sexuais de cada caso de infecção VHC conhecido, ainda que a probabilidade possa ser limitada. A listagem de casos de rastreio obrigatório é definitiva e abrangente, e não restringe o rastreio consoante o comportamento sexual conhecido de cada doente infectado.

Pelo atrás exposto, considera-se improcedente esta reclamação.

#### **RECLAMAÇÕES SOBRE a alínea 4) do teste A1; alínea 5) do teste A2; alínea 3) do teste A3**

“Em qual dos seguintes grupos populacionais considerados, **não** está recomendado o rastreio da infecção pelo vírus da hepatite C (VHC)? Alínea : “ indivíduos nascidos após 1988” – deve ser considerada VERDADEIRA e portanto, é a opção correcta.

A alínea está fundamentada na afirmação contida no livro de referência “ Harrison’s Principles of Internal Medicine, 19th edition”, capít.360, pág. 2015, T-360-4, em que se refere: “ Besides persons born between 1945 and 1965, other groups with an increased frequency of HCV infection are listed in table 360-4. A tabela intitula-se “high-risk populations for whom HCV\_infection screening is recommended” e inclui: “persons born between 1945 and 1965”.

Foram apresentadas reclamações referindo que o livro de texto apresenta uma directiva de rastreio para indivíduos nascidos entre 1945 e 1965, mas não refere explicitamente que o rastreio não esteja recomendado em indivíduos nascidos após 1988.

Parece incontroverso que se a directiva se dirige a um grupo restrito de indivíduos definido, exclui inevitavelmente os restantes do rastreio populacional sistemático. Isto não significa, do ponto de vista clínico, que o rastreio a indivíduos nascidos após 1988 esteja interdito, cabendo essa decisão à responsabilidade do médico assistente.

Foi apresentado ainda o argumento de que, no Egipto, a origem epidemiológica da elevada prevalência de infecção VHC resultou, aparentemente, das campanhas de erradicação da schistosomiase entre 1950 e 1980, e por isso, constituíram uma excepção aos limites

propostos do rastreio da infecção pelo VHC para indivíduos nascidos entre 1945 e 1965. No entanto, dado que o enunciado da alínea especifica indivíduos nascidos depois de 1988, os egípcios neste grupo etário também não terão sido abrangidos pelas campanhas anti-schistosomiase que decorreram entre 1950 e 1980, e que já estavam abandonadas em 1988, ficando os nascidos após 1988 salvaguardados dessa forma de transmissão parentérica oculta.

Pelo atrás exposto, consideram-se improcedentes as reclamações referentes a esta alínea.

**Pergunta nº 58 (teste A1- branco)**

**Pergunta nº 78 (teste A2- azul)**

**Pergunta nº 38 (teste A3- amarelo)**

Chave - considerar VERDADEIRA: alínea 3) do teste A1 ;

alínea 4) do teste A2;

alínea 2) do teste A3

**RECLAMAÇÕES SOBRE a alínea 4) do teste A1; alínea 5) do teste A2; alínea 3) do teste A3**

“Acerca do tratamento da hepatite C crónica, assinale qual a opção em que NÃO existe diminuição da resposta à terapêutica? Alínea : “ Diabetes mellitus tipo 2 com resistência à insulina”– deve ser considerada FALSA e portanto, não é a opção correcta.

A alínea está fundamentada na afirmação contida no livro de referência “ Harrison’s Principles of Internal Medicine, 19th edition”, capít.362, pág. 2042, e pág.2046 T-362-7, em que se refere: “ Patient variables that tend to correlate with sustained virological responsiveness to IFN\_based therapy include favorable genotype (...), low baseline HCV RNA level (...), histologically mild hepatitis and minimal fibrosis; age<40; female gender; absence of obesity, insulin resistance, and type 2 diabetes mellitus. (...). Other variables reported to correlate with increased responsiveness include brief duration of infection, low HCV quasispecies diversity, immunocompetence, absence of hepatic steatosis, and low liver iron levels. (...) Variants of the IL28B SNP that code for IFN lambda 3 (...) correlate significantly with responsiveness.”

Foram apresentadas reclamações referentes ao facto de o enunciado da alínea não indicar o tipo de tratamento para a hepatite C crónica. O livro de texto introduz noções sobre a terapêutica combinada de interferão peguilado com ribavirina e com um inibidor de protease de 1ª geração (telaprevir ou boceprevir), e indica, em notas de comentário, a modificação da influência dos factores preditivos de resposta, com a terapêutica tripla.

De acordo com a argumentação das reclamações, na pág.2046 do livro de texto figura a referência a terapêutica tripla baseada em interferão : “Responses to protease inhibitors triple-drug regimens are higher in patients with IL28B C than non-C genotypes, HVC genotype 1b than genotype 1 a, less advanced than more advanced fibrosis stage, whites than blacks, lower body mass index (BMI) than elevated BMI, and, for boceprevir, achievement of a >1

log10 HCV RNA reduction during 4 weeks of PEG IFN-ribavirin lead-in therapy. Age and HCV RNA level are less influential and insulin resistance is noninfluential on response to these antiviral agents.”

Na tabela 362-7 figura a lista de “Features associated with reduced responsiveness”, mas alguns dos itens têm uma nota de rodapé com a referência “less influential in patients treated with protease inhibitors, e que incluem “age >40, insulin resistance, type 2 diabetes mellitus e high level HCV RNA (> 800.000 IU/ml)”. A opção pela alínea considerada correcta (idade inferior a 40 anos) seria o único factor com alguma influência nos dois tipos de tratamento, embora menor na terapêutica tripla, e estaria assim fundamentada no livro de texto.

Neste contexto de modificação dos paradigmas de tratamento da hepatite crónica C, quando o livro de texto inclui excepções, sem precisão quantitativa, sobre a capacidade preditiva de factores de resposta anteriormente estabelecidos e aceites, dificulta a resposta correcta quando não se definem as alternativas terapêuticas. A controvérsia radica na ausência de informação sobre o tipo de tratamento de hepatite crónica C, não especificado na pergunta. A alínea em questão estaria correcta na terapêutica tripla com inibidor de protease mas não na terapêutica convencional, o que constitui uma limitação do enunciado.

No entanto, a opção pela alínea correcta, (idade inferior a 40 anos), evitaria a dúvida referida nas reclamações, e a controvérsia sobre o valor preditivo de resposta da resistência à insulina, dependente da opção terapêutica, perderia fundamento face à adequação da única resposta incontestável.

Pelo atrás exposto, consideram-se im procedentes as reclamações a esta alínea.

**Pergunta nº 59 (teste A1- branco)**

**Pergunta nº 79 (teste A2- azul)**

**Pergunta nº 39 (teste A3- amarelo)**

Chave - considerar FALSA: alínea 5) do teste A1 ;

alínea 1) do teste A2;

alínea 4) do teste A3

**RECLAMAÇÕES SOBRE a alínea 1) do teste A1; alínea 2) do teste A2; alínea 5) do teste A3**

“Relativamente à esteatohepatite não alcoólica (NASH)(...) O doseamento sérico das citoqueratinas 8 e 18 pode ser útil na confirmação diagnóstica.”– deve ser considerada VERDADEIRA e portanto, não é a opção correcta.

A alínea está fundamentada na afirmação contida no livro de referência “ Harrison’s Principles of Internal Medicine, 19th edition”, capít.364, pág. 2056, que refere:” Serum levels of K8/18 differentiate individuals with NASH from those with simple steatosis or normal livers more reliably than do serum aminotransferase levels. Moreover, K8/18 levels appear to parallel the

severity of liver fibrosis with higher levels marking individuals who are likely to have worse scarring (i.e. advanced liver fibrosis or cirrhosis). While promising, testing for K8/18 has not yet become standard clinical practice.”

Foram apresentadas reclamações contestando a utilidade do teste, pela afirmação do livro de texto de ainda não estarem a ser usadas na prática clínica. A utilidade do teste já foi estabelecida na literatura médica, tal como se descreve no livro de texto, permitindo, sem biópsia hepática, estabelecer o diagnóstico de esteatohepatite, para o qual não dispomos de outros marcadores séricos alternativos. A sua correlação com apoptose permite selecionar os doentes com risco de evolução para fibrose avançada. A utilidade do teste decorre da sua sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e negativo, com valores que garantem a sua fiabilidade como meio de diagnóstico. A expressão do enunciado de “pode ser útil” formula uma questão no domínio teórico, e não requer confrontação com a generalização de uso corrente do teste.

Pelo atrás exposto, consideram-se improcedentes as reclamações a esta alínea.

#### **RECLAMAÇÕES SOBRE a alínea 5) do teste A1 ; alínea 1) do teste A2; alínea 4) do teste A3**

“Relativamente à esteatohepatite não alcoólica (NASH) (...) A medicação com estatinas deve ser evitada em doentes com valores persistentemente elevados de transaminases.” – deve ser considerada FALSA e portanto, é a opção correcta.

A alínea está fundamentada na afirmação contida no livro de referência “Harrison’s Principles of Internal Medicine, 19th edition”, capít.364, pág. 2057, que refere: “There is no evidence to suggest that statins cause liver failure in patients with any chronic liver disease, including NAFLD. The incidence of liver enzyme elevations in NAFLD patients taking statins is also no different than that of healthy controls or patients with other chronic liver diseases.”

Foi apresentada uma reclamação referindo que o livro de texto não continha nenhuma frase a considerar que as estatinas estão indicadas na esteatohepatite não alcoólica; no entanto o que se pede na alínea para apreciar, é se devem ser evitadas ou não, pelo que o livro de texto tem a informação necessária.

Foi apresentada outra reclamação referindo a informação contida no capít. 361, pág.2030, referente a hepatite tóxica pelas estatinas, em que se advoga a suspensão do fármaco. No entanto, a alínea contestada remete para o cabeçalho da pergunta, em que se pretende ponderar o caso da esteatohepatite não alcoólica, em que alguns doentes apresentam valores persistentemente elevados de transaminases, e qual a decisão a tomar, se houver indicação para prescrição de estatinas por dislipidémia. Nesta doença, o uso de estatinas deve ser implementado, para corrigir a dislipidémia e reduzir o risco cardiovascular associado à NASH.

Aliás, na mesma pág. 2030 incluída na argumentação, pode ler-se: “Statin hepatotoxicity is not increased in patients with chronic hepatitis C, hepatic steatosis, or other underlying liver diseases, and statins can be used safely in these patients.”

Pelo atrás exposto, consideram-se improcedentes as reclamações a esta alínea.

Conclusão:

Por todas estas razões, considera-se que deve ser acrescentada, à chave provisória, a seguinte alínea como resposta correcta :

Pergunta nº47 ( teste A1 ), 67 ( teste A2) e 27 (teste A3)

- alínea da chave: alínea 1) do teste A1; alínea 2) do teste A2; alínea 5) do teste A3

- alínea adicional: alínea 5) do teste A1; alínea 1) do teste A2; alínea 4) do teste A3